

LA  
TUBERCULOSE DU PUBIS  
CHEZ L'ENFANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT

PAR

P. DHÉRY

Ancien Externe des Hôpitaux

Ancien interne de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

*Soutenue le 5 Avril 1906, à une heure de l'après-midi*

|              |                                  |
|--------------|----------------------------------|
| PRÉSIDENT. . | M. LE DENTU, <i>Professeur</i> ; |
| JUGES. . . . | { M. GUYON, <i>Professeur</i> ;  |
|              | { M. BERGER, <i>Professeur</i> ; |
|              | { M. MORESTIN, <i>Agrégé</i> .   |

PARIS

HENRI PAULIN ET C<sup>ie</sup>, Éditeurs

21, RUE HAUTEFEUILLE (6<sup>e</sup>)

1906

# UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE

## Professeurs :

|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | MM. POIRIER.   |
| Physiologie . . . . .                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale . . . . .                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie générale . . . . .                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | HUTINEL.       |
|                                                                         | BRISSAUD.      |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | LANNELONGUE.   |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | CORNIL.        |
| Histologie . . . . .                                                    | MATHIAS-DUVAL. |
| Opérations et appareils . . . . .                                       | SEGOND.        |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | POUCHET.       |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | GILBERT.       |
| Hygiène . . . . .                                                       | CHANTEMESSE.   |
| Médecine légale . . . . .                                               | BROUARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | DEJERINE.      |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | ROGER.         |
|                                                                         | HAYEM.         |
| Clinique médicale . . . . .                                             | DIEULAFOY.     |
|                                                                         | DEBOVE.        |
|                                                                         | LANDOUZY.      |
| Maladies des enfants . . . . .                                          | GRANGER.       |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                        | ROBIN.         |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . |                |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | GAUCHER.       |
|                                                                         | RAYMOND.       |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | LE DENTU.      |
|                                                                         | TERRIER.       |
|                                                                         | BERGER.        |
|                                                                         | RECLUS.        |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | DE LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | BUDIN.         |
|                                                                         | PINARD.        |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | POZZI.         |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                               | KIRMISSON.     |

## Agrégés en exercice :

| MM.           | MM.       | MM.       | MM.               |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| AUVRAY.       | DESGREZ   | LAUNOIS   | POTOCKI           |
| BALTHAZARD    | DUPRÉ     | LEGRY     | PROUST            |
| BRANCA        | DUVAL     | LEGUEU    | RENON             |
| BEZANÇON.     | FAURE     | LEPAGE    | RICHAUD           |
| BRINDEAU      | GOSSÉT    | MACAIGNE  | RIEFFEL, chef des |
| BROCA (André) | GOUGET    | MAILLARD  | travaux anat.     |
| CARNOT        | GUIART    | MARION    | TEISSIER          |
| CLAUDE        | JEANSELM. | MAUCLAIRE | THIROLOIX         |
| CUNEO         | LABBE.    | MERY      | VAQUEZ            |
| DEMELIN       | LANGLOIS  | MORESTIN  | WALLICH           |

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage d'affection et de reconnaissance*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'honneur

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

### CHIRURGIE

- M. le Professeur DUPLAY ;
- M. le Docteur BLUM, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux ;
- M. le Docteur NÉLATON, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux ;
- M. le Docteur MARION, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux ;
- M. le Docteur MÉNARD, Chirurgien de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer.

### MÉDECINE

- M. le Docteur GOUGET, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux ;
- M. le Docteur TAPRET, Médecin de l'Hôpital Lariboisière ;
- M. le Docteur MACAIGNE, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux.

### ACCOUCHEMENT

- M. le Docteur MAYGRIER, Professeur agrégé. Accoucheur des Hôpitaux.

### OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

- M. le Docteur SÉBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux, Chef du service spécial de l'Hôpital Lariboisière.

Avant d'aborder ce travail, nous remercions vivement M. le Docteur MÉNARD qui nous en a donné l'idée première.

Notre ami FRANÇOIS, interne des Hôpitaux, nous a fourni les renseignements qu'il avait recueillis sur nos malades avant notre arrivée à l'Hôpital Maritime de Berck et nous a aidé à compléter nos observations, nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

# La Tuberculose du Pubis chez l'Enfant

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### INTRODUCTION

---

#### HISTORIQUE

---

Nous étudierons dans ce travail l'*ostéite tuberculeuse du pubis chez l'enfant*.

On a coutume de limiter l'enfance à l'âge de 14 ou 15 ans et nous suivrons en cela l'habitude établie : Cette première période de la vie répond à la fois à un aspect clinique propre de la tuberculose pubienne et à une phase particulière du développement de l'os. Jusqu'à l'âge de 16 ans, en effet, le point primitif du pubis existe seul, et ce n'est qu'une fois l'enfance terminée que les points complémentaires font leur apparition.

Si l'on en croyait les auteurs (1), les lésions tuberculeuses du pubis seraient d'une extrême rareté chez l'enfant, beaucoup moins fréquentes encore que chez l'adulte où elles sont cependant exceptionnelles. Il est difficile de se faire à ce sujet une opinion exacte, vu le petit nombre de cas publiés. Nous avons cependant réuni un certain nombre d'observations dont quelques-unes nous sont personnelles, et qui constituent un ensemble de faits suffisants, nous semble-t-il, pour établir les caractères que la tuberculose osseuse emprunte à sa localisation pubienne, dans l'enfance.

On retrouve dans la littérature, d'abord un certain nombre de cas isolés de tuberculose du pubis, puis des études d'ensemble de plus en plus importantes à mesure que l'on se rapproche de notre époque. Le premier cas paraît avoir été signalé, chez l'adulte, par COOPER qui opéra une résection du pubis pour nécrose en 1832. *Chez l'enfant*, ce n'est qu'en 1847 que MAYER pratiqua une résection sur un garçon de 13 ans, avec résultat incomplet; ce cas fut publié en 1856 dans la DEUTSCHE KLINIK. En 1859 CHASSAIGNAC (2) apporte la première observation détaillée. Une fistule périnéale d'origine pubienne a été observée par DUPLAY chez un garçon de 9 ans, et l'histoire en est relatée par

---

(1) LABEYRIE. Thèse de Paris 1901.

(2) CHASSAIGNAC. Traité de la suppuration et du drainage chirurgical. Paris 1859.

Pozzi (1) dans sa thèse, en 1873. A ces cas isolés succède un groupe de faits plus importants, dus pour la plupart à OLLIER et publiés par son élève GOULLIoud dans sa thèse sur les *Ostéites du bassin* en 1883 : trois des observations se rapportent à l'enfance. C'est encore à l'enfant qu'ont trait les faits publiés par TERRILLON (2) en 1884, dans sa clinique de la Charité (1 cas) ; par LANCE (3) dans une étude sur la tuberculose justacoxale en 1901 (2 cas) par MÉNARD, de Berck, au Congrès de Chirurgie de 1902 (5 cas) ; ce dernier auteur aborde l'étude clinique de la maladie. Trois thèses sur la tuberculose du pubis, l'une de LABEYRIE (Paris 1901), l'autre de VEYRUNE (Montpellier 1902) et la troisième de ROBERT (Bordeaux 1903), n'apportent qu'une nouvelle observation de tuberculose du pubis *chez l'enfant*, due à ESTOR. Ces auteurs semblent s'être intéressés surtout à la tuberculose pubienne de l'adulte, accompagnée le plus souvent de symphysite tuberculeuse, et aux complications que ces lésions peuvent entraîner au point de vue obstétrical et du côté de la vessie. Ils ne voient guère dans la tuberculose du pubis proprement dite qu'une va-

---

(1) Pozzi. Phlegmons et fistules de l'espace pelvirectal supérieur. Thèse de Paris 1873.

(2) *Semaine Médicale*. 13 mars 1884.

(3) *Revue d'Orthopédie*. 1901.

riété d'ostéite tuberculeuse présentant, sans grandes particularités, les symptômes banaux de l'ostéite bacillaire.

Or, en étudiant les cas antérieurement publiés et les faits que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le D<sup>r</sup> MÉNARD à l'hôpital maritime de Berck, il ne nous a pas semblé qu'il en fût ainsi. La tuberculose pubienne présente chez l'enfant un aspect anatomique particulier : sa symptomatologie est assez spéciale et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic importantes au point de vue du traitement ; elle peut être suivie de complications articulaires et vésicales intéressantes à connaître. Nous croyons donc qu'il y a lieu d'essayer de mettre en relief ses caractères, et c'est ce que nous tenterons de faire dans ce travail.

---

## CHAPITRE II

### ANATOMIE NORMALE

Avant d'entreprendre l'étude de la tuberculose pubienne, nous croyons utile de rappeler brièvement ce qui, dans la constitution, le développement et les rapports de l'os, peut servir à la compréhension des faits qui vont nous occuper.

Le pubis se compose de deux parties dont l'une prend part à la formation de la cavité cotyloïde, tandis que l'autre entoure la demi-circonférence interne du trou obturateur.

Les trois os qui entrent dans la constitution de la cavité cotyloïde sont séparés chez l'enfant par de larges bandes cartilagineuses qui dessinent un Y couché. Les deux branches antérieures allant du centre de la cavité aux échancrures ilio pubienne et ischio pubienne séparent la région qui appartient au pubis. Nous ne décrirons pas plus longuement cette partie de l'os, dont le seul intérêt, au point de vue pathologique, réside dans le rôle qu'elle joue dans la formation de la hanche et dans la genèse de certaines affections articulaires.

La deuxième partie entoure le trou obturateur de

deux branches, l'une antérieure ou horizontale, l'autre postérieure, d'abord presque directement dirigée en arrière, puis oblique en bas et en dehors. De ces deux branches l'antérieure ou horizontale se continue à sa partie externe avec la portion articulaire du pubis, tandis que l'autre postérieure ou descendante s'unit en dehors à la branche ascendante de l'ischion, à laquelle elle se soude définitivement vers l'âge de 12 ans pour former la branche ischio-pubienne. Par leur partie interne ces deux branches s'unissent pour former une surface élargie que les classiques appellent corps du pubis et que M. Poirier désigne sous le nom d'angle ou surface angulaire, réservant le terme de corps pour la portion cotyloïdienne de l'os.

L'ossification se fait par un point primitif qui apparaît au bord supérieur du canal sous-pubien et de là rayonne rapidement dans les branches horizontale et descendante. *Ce point osseux est le seul qui existe chez l'enfant*, les autres points complémentaires destinés, l'un à la branche horizontale, l'autre à l'angle du pubis et à la branche descendante, n'apparaissent qu'à l'âge de 16 ans, ce qui explique qu'au niveau de l'angle du pubis et le long de sa branche descendante on trouve, dans le jeune âge, une marge cartilagineuse assez développée. Cette portion cartilagineuse de l'os, toujours respectée par la tuberculose, explique la rareté de la symphysite bacillaire chez l'enfant.

La partie osseuse est constituée par une épaisse

couche de tissu spongieux comprise entre de minces lames de tissu compact, d'où la fréquence de volumineux séquestres d'origine tuberculeuse comprenant la presque totalité des branches horizontale et descendante.

Le périoste qui entoure l'os est très épais et renforcé sur beaucoup de points par de puissants trousseaux fibreux venus des aponévroses, des ligaments articulaires et des tendons voisins. Il constitue autour du pubis un manchon très développé susceptible d'assurer la continuité de la ceinture pelvienne même après une destruction spontanée ou opératoire de l'os.

Le pubis prend part à la formation du cadre osseux de la paroi externe du petit bassin : il donne insertion au muscle obturateur interne et à son aponévrose d'enveloppe, et à la membrane obturatrice qui comblent le trou obturateur et complètent cette paroi.

Le releveur de l'anus s'insère à la partie postérieure du corps et divise la face endopelvienne de l'os en deux parties : l'une, située au-dessus du muscle, formée par la branche horizontale et la partie supérieure du corps répond à l'espace pelvirectal supérieur, à la cavité de Retzius et à la vessie, l'autre située au-dessous du releveur, comprend la branche descendante et la partie inférieure du corps, et constitue la paroi externe de la fosse ischioirectale, dont l'abondant tissu cellulo-adipeux la sépare du rectum et du vagin chez la femme, de la prostate chez l'homme.

La face exopelvienne donne insertion aux muscles de l'abdomen et de la région supérieure de la cuisse. En avant du corps s'insèrent le grand droit de l'abdomen et le pyramidal, tandis que le tendon du grand oblique vient se fixer sur l'épine pubienne par le ligament de Fallope et sur la branche horizontale en dedans de l'épine par le ligament de Gimbernat, et que les muscles petit oblique et transverse viennent prendre insertion sur eux par le tendon conjoint.

Des muscles de la cuisse, l'un, le pectiné, s'insère sur la branche horizontale où il dessine la crête et la surface pectinéales, tandis que les autres se groupent le long du corps et de la branche descendante : Ce sont le petit et le moyen adducteur, la portion antérieure du grand adducteur et le droit interne.

Tous ces muscles sont entourés de gaines aponévrotiques dont ils sont séparés par du tissu cellulaire, qui peut servir de voie de développement aux abcès ossifluents, comme nous le verrons plus tard.

---

## CHAPITRE III

### ÉTIOLOGIE

La tuberculose pubienne chez l'enfant reconnaît d'abord comme étiologie toutes les causes qui peuvent favoriser le développement des affections bacillaires. Nous n'insisterons pas sur l'hérédité, les mauvaises conditions d'hygiène, la contagion tuberculeuse, les maladies qui affaiblissent l'organisme et rendent plus aisée l'invasion du microbe, le traumatisme favorisant sa localisation, toutes causes dont l'action dans toute affection tuberculeuse est suffisamment démontrée et dont certaines, comme l'hérédité et le traumatisme ne semblent jouer qu'un rôle tout à fait secondaire dans la tuberculose du pubis. (Une seule des observations publiées relate un traumatisme antérieur et aucune ne mentionne l'hérédité).

Le *sexe* ne paraît avoir aucune importance dans l'enfance ; les observations comptent cependant un peu plus de garçons que de filles.

Ce n'est guère que dans la seconde enfance que se montre la tuberculose pubienne : on s'explique aisément ce fait, si l'on pense que le pubis est un os à évolution relativement tardive et que la lésion, étant

toujours une ostéite bacillaire, ne peut se développer qu'après la formation du tissu osseux.

OLLIER, dont les théories sont exposées dans la thèse de GOULLIQUET (1), admet une localisation tout à fait différente de la tuberculose pubienne avant et après la puberté : avant 15 ou 16 ans, c'est-à-dire dans les faits qui font seuls l'objet de notre étude, la tuberculose aurait toujours un développement cotyloïdien ou juxtacotyloïdien, tandis qu'après la puberté la branche ischiopubienne serait surtout atteinte.

Il explique ces assertions, en faisant remarquer que le bacille se localise de préférence au niveau des points où se manifeste l'activité ostéogénique, et que ces points sont jusqu'à 15 ans le cotyle dont l'ossification se poursuit jusqu'à cet âge, et plus tard l'angle et la branche descendante le long desquels des points d'ossification secondaire commencent à se développer de 16 à 18 ans.

D'après cette théorie, nous devrions donc avoir à étudier uniquement, soit des lésions cotyloïdiennes du pubis donnant naissance à des coxalgies, soit des lésions juxtacotyloïdiennes.

Certaines observations rentrent en effet dans cette catégorie : peut-être même est-ce là la localisation la plus fréquente, de nombreux cas de tuberculose pu-

---

(1) GOULLIQUET, *Des ostéites du bassin*. Thèse de Lyon 1883.

bienne chez l'enfant pouvant passer inaperçus, masqués par les symptômes de la coxalgie concomitante. Toutefois il ne faudrait pas prendre trop à la lettre la théorie d'OLLIER, car dans les observations de tuberculose du pubis chez l'enfant que nous avons pu réunir, nous voyons la lésion porter avec une égale fréquence sur le cotyle et la branche horizontale d'une part, sur l'angle et la branche descendante de l'autre.

Nous ferons remarquer en terminant que dans presque toutes les observations — une exceptée — la lésion pubienne est une manifestation isolée de la tuberculose, les malades ne présentant pas d'autres localisations osseuses ou viscérales, et que même dans le cas où l'affection est compliquée de coxalgie, c'est un foyer unique qui détruit le pubis et envahit la hanche.

---

## CHAPITRE IV

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le bacille de KOCH, lorsqu'il se développe au niveau du pubis, y détermine des lésions analogues à celles qu'il provoque dans tous les autres points du squelette.

La lésion élémentaire est la granulation tuberculeuse siégeant dans le tissu spongieux, et déterminant au début une réaction qui ne se traduit que par un peu de pâleur des tissus et qui n'est réellement appréciable qu'au microscope.

La tuberculose pubienne n'est véritablement constituée qu'au moment où, par leur confluence et par le double travail d'ostéite raréfiante dans leur voisinage, et condensante dans les régions plus éloignées, les granulations tuberculeuses ont déterminé dans la structure de l'os, des modifications aisément appréciables à l'œil nu. Dans un cas (1), ces modifications semblent avoir été très légères et s'être réduites à une ulcération superficielle de la branche descendante, mais c'est là un fait exceptionnel, et le plus

---

(1) Observation XI.

souvent les lésions sont beaucoup plus importantes. Elles peuvent revêtir deux types bien différents. Dans le premier, on rencontre, en un point quelconque de l'épaisseur de l'os, une caverne limitée contenant presque toujours un séquestre et communiquant avec les parties molles par un trajet étroit ou par une large perte de substance ; dans le second, le corps ou l'une des branches du pubis sont complètement détruits et transformés en une série de fragments nécrosés.

La forme caverneuse semble au premier abord devoir être moins grave que l'autre, ce qui est vrai lorsqu'elle siège sur la branche descendante du pubis et que les abcès auxquels elle donne naissance peuvent s'ouvrir à la peau non loin du point d'origine ; la lésion paraît alors pouvoir guérir spontanément, après élimination du séquestre, ou tout au moins céder à l'ablation opératoire qui se pratique avec la plus grande facilité (1). Mais lorsque la caverne est située sur la branche horizontale du pubis, les vastes décollements que les abcès peuvent créer dans le tissu cellulaire avoisinant et surtout l'ouverture fréquente de la lésion dans l'articulation de la hanche (2), où elle donne naissance à une coxalgie secondaire, aggravent de beaucoup le pronostic. C'est,

---

(1) Observations II et III.

(2) Observations VIII, XVI et XVII.

en effet, toujours cette forme limitée et caverneuse que l'on trouve à l'origine des coxalgies à point de départ pubien.

Lorsque la mortification atteint en masse le corps ou l'une des branches du pubis les parties malades sont en général transformées en des séquestres très multiples, contenus dans une loge fibreuse formée par le périoste épaissi. Ce périoste est, comme nous l'avons dit, extrêmement résistant et suffit à suppléer les parties osseuses dans la constitution de la ceinture pelvienne, de sorte que cette destruction n'entraîne que peu ou point de troubles de la marche ou de la station debout. On trouve d'ailleurs fréquemment des lésions d'irritation périostique, qui aboutissent à l'apparition de nouvelles couches d'os. A vrai dire, cette hyperostose ne semble jamais être aussi développée qu'au niveau des os longs, et on ne trouve pas, comme chez ces derniers, un os de nouvelle formation reproduisant la forme des tissus détruits et enveloppant les séquestres. Dans un seul cas, se rapportant à une lésion de la branche horizontale (1), on note autour des séquestres qui représentent l'os disparu une enveloppe osseuse complètement développée ; dans tous les autres, le travail d'hyperostose est beaucoup moins marqué. Dans deux faits où le corps du pubis était séquestré, la présence de minces

---

(1) Observation V.

lamelles osseuses renforçant les parois antérieure et postérieure de la loge périostique est indiquée (1). Au contraire, dans aucun des cas où la destruction de la branche ischiopubienne a été observé, on n'a vu se produire la moindre trace d'hyperostose. Il semble donc que le travail de néoformation osseuse s'accomplisse avec une énergie très grande, au niveau de la branche horizontale, plus faible au niveau du corps, et nulle sur la branche ischiopubienne. C'est là un fait que nous nous bornerons à constater, sans pouvoir en donner actuellement une explication satisfaisante.

Le cartilage qui constitue encore chez l'enfant une partie importante du corps du pubis et de la branche descendante, n'est jamais envahi par la lésion tuberculeuse : il est parfois légèrement érodé, mais les lésions restent toujours très superficielles. La destruction profonde du cartilage n'est jamais constatée, c'est ce qui explique que le foyer tuberculeux ne se propage pas à cet âge à la symphyse, et que *la symphysite bacillaire, si fréquente chez l'adulte, n'existe pour ainsi dire pas chez l'enfant.*

Les *séquestres* ont parfois l'aspect d'une mince lamelle osseuse (2), mais presque toujours ils se présentent sous forme de masses rectangulaires, à angles

---

(1) Observations X et XI.

(2) Observation IV.

mousses, et de volume variable, conservant la forme des parties osseuses qu'ils mortifient : ils n'offrent pas d'aiguilles pointues comme dans l'ostéomyélite, et mesurent souvent de deux à trois centimètres de long, sur un centimètre ou un centimètre et demi de large (1). Uniques ou peu nombreux lorsqu'ils siègent dans une cavité tuberculeuse, ils sont au contraire toujours multiples, atteignant parfois le nombre de cinq ou six, quand une branche pubienne est détruite en masse (2).

Ils sont complètement libres dans la loge osseuse ou fibreuse qu'ils occupent, ou au contraire conservent encore des connexions peu intimes avec le périoste (3). Lavés sous un mince filet d'eau, ils se présentent sous deux aspects très différents : tantôt ils sont spongieux, vasculaires, friables et se laissent aisément entamer par l'ongle, tantôt ils sont blancs (4), d'aspect compact, et c'est avec peine qu'on arrive à les sectionner à l'aide d'un bistouri.

Dans le premier type, *séquestre d'ostéite* d'OLLIER, la coupe présente le même aspect que la périphérie : les aréoles du tissu spongieux sont élargies, parfois même au point de former de petites cavités pleines de fongosités.

---

(1) Observations V, XV et XVIII.

(2) Observations V, XV et XVIII.

(3) Observation X.

(4) Observation XII.

Dans le second type, *séquestre de nécrose* d'OLLIER, la coupe est d'un blanc jaunâtre, lisse et brillante, extrêmement dure. Parfois le séquestre présente à la fois les deux aspects, blanc et avasculaire à l'une de ses extrémités, rouge et fongueux à l'autre (1).

Dans quelques cas, ces séquestres, au lieu de rester dans la gaine périostique qui les entoure au début, s'engagent dans les décollements qui se produisent dans les parties molles : ils peuvent alors, soit venir faire issue au dehors par une fistule (2), soit se loger dans un cul de sac fongueux plus ou moins éloigné du pubis. — et l'on en a retrouvé jusque dans la fesse ou dans un décollement sous-cutané de la face interne de la cuisse (3) — soit enfin émigrer dans la vessie où ils déterminent des accidents plus ou moins graves, oblitérant l'orifice urétral ou devenant l'origine de concrétions calculeuses (4).

Lorsque le processus tuberculeux, d'abord contenu dans l'épaisseur de l'os, atteint sa superficie, il se propage aux parties molles et donne naissance à des *abcès ossifluents*.

Les abcès ossifluents sont de deux types : les uns sont sessiles et accolés à la région malade de l'os, les autres véritables abcès par congestion, s'étendent

---

(1) Observation XIII.

(2) Observation V.

(3) Observation XIV.

(4) Observation V.

à des distances parfois très considérables du foyer initial, ils empruntent pour se développer les gaines musculaires et les espaces du tissu cellulaire voisins, où la membrane d'enveloppe tend à pousser des prolongements suivant le mécanisme étudié par LANNELONGUE.

Le siège et la propagation de ces abcès sont donc réglés par le point où la lésion vient perforer le tissu compact de l'os. Le foyer tuberculeux est-il placé dans la branche horizontale ? Il semble s'ouvrir d'une manière presque constante dans l'articulation pour donner naissance à une coxalgie, mais en même temps un abcès froid peut se développer en suivant le pectiné jusque dans le triangle de Scarpa ou dans les adducteurs. Dans un cas de coxalgie d'origine pubienne, nous avons vu une fistule des adducteurs conduire non pas dans l'articulation, mais dans la caverne du pubis (1). Quand c'est au niveau du corps que la tuberculose se fait jour à l'extérieur, l'abcès peut être sessile et rester à la partie interne du pli de l'aîne (2), ou au contraire se propager dans d'autres directions : tantôt il suit la gaine du grand droit et vient se développer à la région hypogastrique plus ou moins haut au-dessus du pubis, tantôt il s'ouvre dans la vessie (3), tantôt enfin il se développe dans

---

(1) Observation XVII.

(2) Observation X.

(3) Observation IV.

l'espace pelvirectal supérieur, fuse vers le rectum et l'anus et vient donner naissance à une forme spéciale de fistule anale (1). Dans une observation, rapportée par M. le D<sup>r</sup> MÉNARD, le pus avait suivi à la fois deux voies — il existait une fistule hypogastrique et une fistule anale — la lésion du pubis gauche s'était propagée d'une part à la gaine du grand droit, d'autre part au tissu cellulaire de l'espace pelvirectal droit, et le trajet passant au-dessus de l'urèthre était venu s'ouvrir sur le côté droit de l'anus (2).

Quand la tuberculose frappe la branche descendante du pubis, les abcès sessiles sont les plus fréquents et siègent au niveau du sillon inguinoscrotal : ils sont situés à peu près à égale distance de la symphyse et de l'ischion ou un peu plus en avant. La propagation à distance se fait en suivant les adducteurs. Si la lésion atteint la partie postérieure de la branche descendante du pubis et gagne même un peu la branche ascendante de l'ischion, un décollement peut se produire dans la gaine du grand adducteur et venir fuser vers la fesse où il s'ouvre à la partie interne du pli fessier (3).

Dans d'autres cas, l'abcès suit le petit ou le moyen adducteur et se développe dans l'épaisseur même de

---

(1) Observation V.

(2) Observation XI.

(3) Observation VII, XIII et XV.

ces muscles (1). Guidé par le moyen adducteur que limite en dedans le triangle de Scarpa, le pus peut venir s'établir dans ce triangle au-dessous des vaisseaux et donner lieu à des fistules de la région externe de la cuisse, le long du fascia-lata, ou bien remonter en suivant ces vaisseaux vers la fosse iliaque et former un abcès en bissac avec deux dilatations, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'arcade de Fallope (2).

Enfin il peut, du foyer osseux fuser entre le pectiné et les adducteurs et former un cul de sac fongueux dans les régions profondes de la fesse, ou s'étaler sous la peau donnant lieu à un décollement sous-cutané plus ou moins étendu (3).

Dans quelques cas cependant le trajet suivi par l'abcès tuberculeux est capricieux et difficile à expliquer, comme dans une observation où nous voyons un abcès venir d'une lésion de la face postérieure du corps de l'os, longer cette face postérieure pour doubler ensuite le bord supérieur du pubis et s'ouvrir au bas de la face antérieure dans le sillongénito-crural (4).

Ces faits sont toutefois exceptionnels et le plus souvent la loi de Lannelongue qui établit la propagation des abcès froids dans les espaces que leur offre

---

(1) Observation II.

(2) Observations XV et XVIII.

(3) Observation XIV.

(4) Observation XII.

le tissu cellulaire, se vérifie au niveau du pubis comme nous avons essayé de le démontrer.

Lorsque la lésion atteint le corps et l'une des branches, les abcès peuvent suivre à la fois plusieurs des voies multiples que nous avons décrites.

Dans les cas graves tous ces abcès aboutissent à la formation de trajets fistuleux qui traversent en tous sens la région supérieure de la cuisse. Ces trajets deviennent le siège d'infections banales. Il en résulte un empatement inflammatoire de toute la région et une sclérose plus ou moins accusée des muscles qui entraînent des troubles fonctionnels, parfois très accentués : la hanche, bien que saine, perd la liberté de ses mouvements pendant la veille à cause des douleurs qu'ils provoquent, et des déviations d'étendue variable peuvent se produire ; dans un cas nous avons observé la flexion à angle droit et l'ankylose apparente de l'articulation, ankylose qui ne répondait d'ailleurs à aucune lésion anatomique vraie et disparaissait par le sommeil chloroformique (1).

A ce moment le membre inférieur du côté malade a perdu ses fonctions et des troubles trophiques se montrent à son niveau. Ce sont : l'atrophie musculaire, qui se traduit par un amaigrissement marqué — l'épaississement de la peau infiltrée d'œdème chronique, d'abord mou, puis dur et ne se laissant pas déprimer en godet — la desquamation cutanée plus ou moins marquée.

---

(1) Observation XV.

Ces troubles trophiques joints à l'immobilisation apparente de la hanche, rendent à ce moment la différenciation avec une coxalgie fistuleuse cliniquement impossible, si l'on n'a pas recours à l'étude de la marche des accidents ou aux renseignements fournis par la radiographie.

---

## CHAPITRE V

### SYMPTOMATOLOGIE

Tant que le foyer tuberculeux reste inclus dans l'épaisseur du pubis, il ne se révèle à l'observation par aucun symptôme. C'est seulement lorsqu'il atteint et perfore le périoste pour venir se propager aux parties molles que commence l'histoire clinique de la tuberculose pubienne. Cet envahissement a pour conséquence, comme nous l'avons vu, le développement d'abcès froids : c'est donc l'évolution de ces abcès qui explique et résume la symptomatologie de l'affection.

Elle évolue en trois périodes : la première correspond à la germination profonde des abcès ossifluents : ceux-ci ne sont pas encore cliniquement appréciables, mais leur développement dans la profondeur entraîne une série de troubles plus ou moins marqués qui révèlent l'existence d'un foyer d'ostéite. Dans la seconde période, les collections auxquelles ce foyer donne naissance se montrent nettement à l'exploration clinique avec tous les caractères des abcès froids. Enfin dans la période terminale ces abcès s'ouvrent à l'extérieur et donnent lieu à des fistules ostéopathiques

d'une durée presque toujours indéfinie, si l'intervention chirurgicale ne vient pas y mettre un terme.

A chacune de ces phases la tuberculose pubienne présente des symptômes de deux ordres ; les uns sont dus à l'existence même du foyer d'ostéite bacillaire et sont ceux de toutes les tuberculoses osseuses, lorsqu'elles sont situées en un point accessible à l'exploration ; les autres sont dus à la localisation pubienne de l'affection et au retentissement qu'elle exerce de ce fait sur le fonctionnement des muscles qui viennent s'insérer au pubis et sur le jeu de l'articulation voisine, c'est-à-dire de la hanche. Prédominant au début dans certaines formes de l'affection où ils paraissent évoluer isolément, ces troubles fonctionnels passent au second plan dans d'autres où l'abcès froid attire seul l'attention — dans la troisième période ils peuvent être peu accusés, si les trajets fistuleux sont uniques ou peu nombreux, ou au contraire prendre une importance capitale lorsque la région de la hanche est traversée par de nombreux trajets suppurants.

*Première période.* — La période de germination des abcès peut passer complètement inaperçue et c'est seulement, alors, l'apparition d'une tumeur plus ou moins gênante qui révèle au malade l'existence de l'affection. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans un certain nombre d'observations, nous voyons les enfants venir consulter le médecin avant que l'abcès se soit manifesté d'une façon évidente : dans aucun de ces cas, d'ailleurs, le diagnostic n'a été posé d'une

façon ferme à cette époque. Nous allons cependant essayer de montrer que, de l'ensemble des symptômes observés, on peut former un tableau clinique, qui permet, sinon d'affirmer, du moins de soupçonner l'existence de la tuberculose pubienne, existence dont la radiographie pourra donner la certitude.

Les malades se plaignent de boiter et de souffrir au niveau du pli de l'aîne ou de la région pubienne : Dans quelques cas, la *claudication* est le seul symptôme, précédant pendant un temps variable la douleur (1) : mais le plus souvent les deux vont de pair. La *douleur* est d'intensité variable ; habituellement sourde et presque nulle lorsque l'enfant est couché, elle se montre dès qu'il se lève, et s'exagère par la fatigue. Parfois cependant elle atteint une acuité extrême, et on l'a vue devenir assez vive pour empêcher tout mouvement (2). Elle siège au voisinage de l'os malade, soit à la partie interne du pli de l'aîne, soit plus en dedans sur le pubis près de la symphyse. Elle peut s'étendre aux régions que les abcès profonds envahissent, vers la fesse ou la région juxta-anale ; mais elle ne présente presque jamais d'irradiations éloignées et notamment ne se propage jamais à l'articulation du genou.

Si l'on vient à examiner le malade et à palper la région douloureuse, on ne détermine parfois aucune

---

(1) Observation XV.

(2) Observation IV.

sensation pénible, cependant on note quelquefois une douleur à la pression, au niveau du pubis atteint.

On trouve bientôt la cause de la claudication dans une attitude vicieuse de la jambe : L'*adduction* est la position la plus fréquemment observée (1). Dans beaucoup de cas elle est légère et il faut pour la reconnaître employer le procédé d'examen auquel on a recours dans la coxalgie et faire étendre l'enfant sur le dos, les deux épines iliaques soigneusement placées sur la même ligne. Exceptionnellement elle peut être beaucoup plus marquée, entraîner une saillie du grand trochanter qui a parfois fait penser à la luxation de la hanche (2). Cette adduction entraîne un raccourcissement apparent du membre, comme cela a été démontré à propos de la coxalgie, et suffit à expliquer la claudication. Dans les cas accentués, le raccourcissement est compensé par l'abaissement de l'épine iliaque du côté malade et secondairement par une courbure de la colonne vertébrale (3). La cause probable de cette position réside dans l'irritation des muscles adducteurs de la cuisse qui s'insèrent sur le pubis, et dans les origines desquels se développent les abcès. La contracture de ces muscles devient encore plus évidente lorsqu'on fait coucher le malade et que l'on

---

(1) Observations I, IV, X et XII.

(2) Observations I et IV.

(3) Observation I.

examine les mouvements passifs de l'articulation. L'*abduction* de la cuisse est en effet toujours limitée, et lorsqu'on cherche à la produire on voit les muscles adducteurs former sous la peau une corde tendue dont la résistance ne peut être vaincue, même au prix d'efforts assez énergiques pour devenir douloureux au malade. Toutefois l'*abduction* est le seul des mouvements de la hanche qui soit atteint, l'*adduction* peut être complétée sans grande douleur, la flexion et l'*extension* sont parfaitement libres. Comparée à celle du côté opposé l'étendue de l'*extension* ne présente aucune différence et la cuisse peut être fléchie sans douleur jusqu'à venir au contact de la paroi abdominale (1). Ce contraste entre l'importance des symptômes subjectifs et fonctionnels, et l'absence presque absolue de limitation des mouvements, permet d'éliminer les affections articulaires et doit attirer l'attention d'un observateur prévenu vers une ostéite du bassin ; la localisation des troubles dans la région pubienne où siège la douleur et la limitation de la contracture musculaire aux adducteurs qui prennent insertion sur le pubis pourraient permettre, croyons-nous, de soupçonner l'existence et le siège du foyer osseux, origine de tous ces troubles.

*Deuxième période.* — Dans d'autres cas, aucun des symptômes que nous venons de signaler n'accom-

---

(1) Observations X, XII et XVIII.

pagne la phase initiale du développement des abcès froids, et c'est la tumeur qu'ils forment qui constitue le premier symptôme de la maladie. Lorsque l'abcès a été précédé de douleur et de claudication, celles-ci conservent en général les mêmes caractères après son apparition, et la collection purulente vient s'ajouter au tableau clinique, sans en modifier les autres traits.

La localisation de ces abcès est, comme nous l'avons vu, en rapport avec la situation du foyer osseux, et nous avons expliqué le mode de leur développement. Nous reviendrons seulement ici sur les caractères cliniques qu'ils présentent dans les différents points où on les rencontre.

*Les plus fréquents sont ceux du pli génito-crural :* très superficiels, franchement fluctuants, ils ont tous les caractères des collections purulentes sous-cutanées, évoluent sans fièvre et sans douleur et s'ouvrent en général spontanément, peu de temps après leur apparition (1).

*Les abcès des adducteurs* plus profondément situés dans la masse musculaire offrent des symptômes plus obscurs. L'inspection révèle un gonflement de la région, et le pli inguinoscrotal est beaucoup plus marqué. A la palpation on ne sent tout d'abord que l'induration et la rénitence des parties ; la fluctuation est obscure et souvent difficile à percevoir. Lorsqu'elle

---

(1) Observations II, III, VI et XII.

devient évidente et superficielle c'est que l'abcès est sur le point de s'ouvrir et de donner naissance à une fistule (1).

*Les abcès hypogastriques*, situés, eux aussi, profondément derrière les muscles droits de l'abdomen, présentent des caractères analogues : ils sont également rénitents, mais plus faciles à délimiter : on les sent parfois comme une tumeur dure munie d'un pédicule dirigé vers le pubis.

*Les abcès de la marge de l'anus* ne présentent aucun caractère qui permette de les différencier des abcès froids idiopathiques de la région.

Les abcès *fessiers* sont en général douloureux, surtout dans la position assise; dans une de nos observations (2) la douleur était telle que le malade ne pouvait rester assis que sur des coussins très épais. Objectivement ils déterminent un gonflement de la fesse en rapport avec leur volume et effacent le pli fessier, surtout dans sa région interne. La fluctuation doit être recherchée à leur niveau avec certaines précautions. En effet le grand fessier est normalement fluctuant, lorsqu'on le palpe dans un sens perpendiculaire à ses fibres; il faudra donc, pour se rendre un compte exact de l'existence d'une collection fluctuante sous la masse musculaire, avoir soin de placer

---

(1) Observations XV, XVI et XVII.

(2) Observation XV.

les mains parallèlement au trajet des fibres qui sont dirigées obliquement en bas et en dehors.

Les abcès du *triangle de Scarpa* sont situés sous les vaisseaux qu'ils débordent généralement en dedans ; ils se traduisent à la vue, et surtout à la palpation par un soulèvement de la région du pli de l'aîne à ce niveau ; en plaçant une main de chaque côté des vaisseaux dans le pli inguinal on perçoit généralement une fluctuation très nette, de même que lorsqu'on pratique la palpation dans le sens des vaisseaux le long desquels l'abcès forme le plus souvent une tumeur allongée. L'abcès remonte quelquefois, comme nous l'avons constaté, jusque dans la fosse iliaque où on peut le sentir, soit allongé le long du psoas, soit étalé sous l'iliaque. L'aspect le plus fréquemment observé est alors celui d'une collection bilobée dont une poche se développe dans le triangle de Scarpa tandis que l'autre est perçue au-dessus de l'arcade crurale. La pression de l'une de ces dilatations détermine le gonflement de l'autre et l'on sent alors une fluctuation nette entre les deux points extrêmes de l'abcès.

Il est d'ailleurs fréquent de voir la lésion pubienne s'accompagner de plusieurs abcès à la fois : une observation note un abcès hypogastrique et une collection anale (1) , une autre relate la coïncidence de trois abcès situés, l'un dans les adducteurs, l'autre dans la

---

(1) Observation XI.

fosse iliaque, la troisième dans la fesse (1), et il nous serait facile d'en multiplier les exemples. Quels que soient leur situation et leur nombre, les abcès évoluent toujours vers l'ouverture spontanée ; si on ne l'a pas prévenue opératoirement, ils aboutissent alors à la formation de fistules qui marquent la troisième période de l'affection.

*Troisième période.* — Dès que l'abcès est ouvert, sa cavité s'efface le plus souvent et se réduit à un simple *trajet fistuleux* par lequel s'écoule une suppuration plus ou moins abondante. Dans certains cas cependant, le drainage réalisé par la fistule est insuffisant et la collection purulente persiste et se vide incomplètement (2). Quoi qu'il en soit, les fistules présentent l'aspect habituel de fistules tuberculeuses et sont situées dans les régions qu'occupaient les abcès qui leur ont donné naissance. Très souvent on les trouve cachées dans le sillon inguino-scrotal, ou bien on le voit au niveau des adducteurs ou de la pointe du triangle de Scarpa. Plus rarement elles occupent la région hypogastrique près de la ligne médiane à une distance variable au-dessus du pubis, ou viennent s'ouvrir à la marge de l'anus. A la fesse elles sont situées à la partie interne du pli fessier. Enfin celles qui drainent les abcès de la fosse iliaque viennent se pla-

---

(1) Observation XV.

(2) Observation XIV.

cer au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, tandis que celles qui proviennent d'abcès du triangle de Scarpa s'ouvrent tantôt à la pointe de ce triangle, tantôt et plus fréquemment dans sa région externe, en dehors des vaisseaux, le long du fascia lata (1). Par les orifices fistuleux s'écoule en abondance variable un pus d'un jaune verdâtre, d'odeur fade, spécial aux foyers tuberculeux : plus rarement c'est un pus brunâtre, fluide ou strié de sang. On y rencontre parfois de petits grumeaux osseux ou même de véritables séquestres qui s'éliminent ainsi spontanément.

Les *troubles fonctionnels* qu'entraînent ces fistules sont extrêmement variables : on voit parfois la douleur que déterminait l'abcès céder après son ouverture, et, dans une observation (2), la souffrance que provoquait chaque mouvement de la hanche était telle, avant la fistulisation, que la marche était complètement impossible ; elle devint facile, lorsque la collection purulente fut ouverte dans le pli génito-crural et au niveau de l'aîne. Dans la majorité des cas, au contraire, les symptômes douloureux persistent ou s'accroissent. L'importance des troubles fonctionnels semble d'ailleurs être en rapport avec la localisation des fistules. Lorsque celles-ci sont situées près du foyer osseux, il y a en général peu ou point de difficulté de la marche : tout se réduit à une

---

(1) Observation XV.

(2) Observation IV.

légère claudication, parfois même absente, et certains malades porteurs d'une fistule ostéopathique du pli inguinoscrotal par exemple ou de la région interne du pli de l'aîne, ont pu continuer à marcher et à vivre comme s'ils avaient été en bonne santé.

Comme dans ce cas l'état général reste excellent, l'affection est alors réduite à l'ennui que cause la suppuration persistante, et demeure essentiellement bénigne (1). La fistule anale d'origine pubienne, qu'elle soit seule ou accompagnée d'une fistule hypogastrique (2), n'entraîne en général que peu de gêne fonctionnelle, la défécation se fait sans douleur et la marche reste normale (3). Lorsqu'au contraire, les trajets fistuleux s'éloignent de l'os qui leur a donné naissance, la maladie prend un tout autre aspect. Ces trajets sont, dans ces conditions, toujours multiples et poussent en différentes directions dans les interstices musculaires des prolongements plus ou moins complexes. Ils viennent s'ouvrir autour de la hanche dans la région externe du triangle de Scarpa, dans la fesse, à la partie inférieure des adducteurs respectant le plus souvent le voisinage direct de l'os malade (4). La région de la hanche devient alors le siège d'un empâtement douloureux qui, joint à la

---

(1) Observations II et III.

(2) Observation V.

(3) Observation XI.

(4) Observations XIII et XV.

construction musculaire, détermine des troubles très marqués dans les mouvements de l'articulation. La marche peut devenir totalement impossible, tant à cause de la position vicieuse de la hanche, qu'à cause des douleurs qu'elle provoque. Dans un cas, nous avons vu la cuisse fléchie à angle droit (1) ; il était absolument impossible de l'étendre, et quand on essayait de lui imprimer des mouvements, on constatait une véritable soudure apparente de la cuisse et du bassin : la marche était naturellement impossible. Lorsque l'affection atteint cette gravité, elle détermine des troubles trophiques au niveau du membre inférieur du côté atteint : la peau s'infiltré d'un œdème, d'abord mou, puis résistant et ne se laissant pas déprimer en godet ; elle devient sèche, squameuse et peut être le siège d'éruptions variées ; les muscles s'atrophient surtout à la cuisse et le membre amaigri à la partie supérieure, infiltré de sérosité au niveau du pied et des malléoles, rappelle tout à fait l'aspect que l'on observe à la période tardive d'une coxalgie fistuleuse. Ces troubles trophiques, joints à la présence de nombreuses fistules périarticulaires et à la limitation très marquée des mouvements de la hanche à l'état de veille, expliquent comment l'erreur est presque impossible à éviter lorsqu'on n'a pas assisté au début de la maladie et à son évolution, et comment

---

(5) Observation XV.

ces formes de tuberculose pubienne ont été presque toujours, au moins au premier examen, confondues avec une coxalgie grave.

Même limitée au pubis, l'affection comporte dans ces cas accentués un pronostic assez sombre ; les fistules donnent lieu à une suppuration abondante qui épuise la malade, des infections secondaires viennent se greffer sur l'infection bacillaire et déterminent de la fièvre, l'état général s'altère, l'enfant s'amaigrit, le foie et les reins peuvent subir des dégénérescences graisseuse ou amyloïde, et la maladie s'achemine vers la mort par hecticité et cachexie, si une intervention chirurgicale ne vient pas supprimer le foyer initial et faire disparaître les trajets suppurants auxquels il a donné naissance.

Si maintenant nous reprenons cette étude analytique des symptômes de la tuberculose pubienne pour essayer d'en dégager l'allure habituelle de la maladie, nous voyons que les cas peuvent se grouper en deux types distincts dont la différenciation repose, selon nous, sur l'importance plus ou moins grande des troubles apportés au fonctionnement de la hanche.

Dans le premier ordre de faits, la gêne des mouvements articulaires est nulle ou négligeable et tout se réduit à l'existence d'un abcès froid auquel succède une fistule. Si la fistule est voisine de la lésion osseuse, située par exemple au pli génito-crural, à la région interne de l'aîne, au niveau de l'hypogas-

tre, on pense aussitôt à l'origine pubienne possible et le diagnostic est rapidement confirmé par l'exploration de la fistule avec une sonde cannelée qui pénètre le plus souvent dans une cavité de l'os. Si au contraire la fistule est éloignée du pubis, l'affection peut être méconnue parce que l'on ne songe pas toujours à l'origine ostéopathique possible de l'abcès et que l'on croit avoir affaire à un abcès froid idiopathique. C'est ce qui peut arriver pour les fistules de la marge de l'anüs, dont l'origine pubienne peut passer inaperçue pendant longtemps, à moins que la coïncidence d'une autre fistule ne vienne attirer l'attention sur la localisation osseuse, ou que l'exploration ne conduise une sonde cannelée au niveau même du foyer d'ostéite.

Tous les cas de cette première catégorie restent en général bénins, malgré la durée presque indéfinie de l'affection, si l'on n'intervient pas.

Dans le deuxième ordre de faits, les troubles des mouvements de la hanche prennent une importance prédominante. Ce sont eux qui dès le début attirent l'attention, et pendant toute l'évolution de la maladie ils occupent la place principale dans la symptomatologie. Nous avons essayé de montrer comment le contraste entre ces troubles fonctionnels accusés et l'absence plus ou moins complète de limitation des mouvements devait attirer l'attention vers une ostéite du bassin, et comment le fait que l'abduction

seule était entravée devait faire penser à une localisation pubienne. Le diagnostic pourra donc être soupçonné dans ces cas, surtout dans les deux premières périodes.

A la dernière période, ce contraste restera aisément constatable, si les fistules ne se sont pas trop multipliées; il disparaîtra au contraire en apparence pour faire place à une immobilisation absolue de la hanche, si les fongosités creusent de nombreux trajets dans les parties molles qui entourent l'articulation. Mais même dans ces conditions on pourra le rendre de nouveau appréciable en anesthésiant le malade : sous chloroforme, la liberté des mouvements de la hanche, entravée seulement à l'état de veille par la douleur et la contracture réflexe, sera de nouveau complète et permettra de retrouver ce contraste sur lequel nous avons insisté, parce qu'il nous semble avoir une valeur capitale dans la symptomatologie de ces formes de tuberculose pubienne.

Il nous reste à signaler maintenant, pour terminer l'étude des symptômes, *deux procédés d'exploration* qui doivent être mis en usage pour préciser et confirmer le diagnostic des ostéites tuberculeuses du pubis, quand l'examen a conduit à les soupçonner. Ce sont *l'exploration des fistules* avec la sonde cannelée et la *radiographie*.

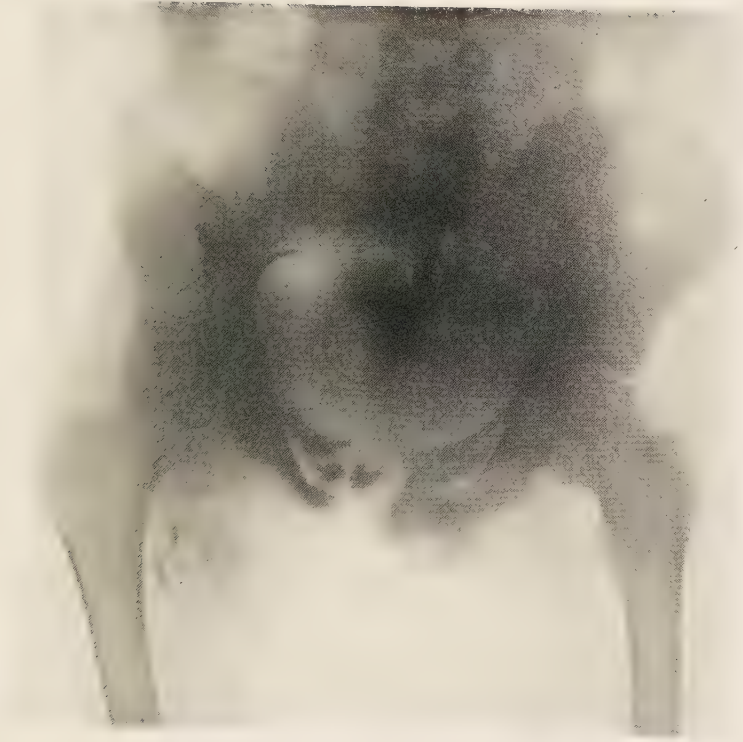
Le premier de ces procédés a une valeur très variable suivant les cas. Lorsqu'il donne un résultat

positif, il impose évidemment le diagnostic et précise avec une netteté indiscutable le siège de la lésion. Mais les résultats négatifs ont au contraire une valeur nulle et ne prouvent rien contre l'existence d'un foyer osseux : quand les fistules ne sont pas directement au voisinage de la lésion les tentatives d'exploration restent bien souvent sans succès. Dans un cas de Duplay publié par Pozzi, ce n'est qu'après avoir exploré un grand nombre de fois avec la sonde une fistule anale que l'on put se rendre compte de son origine osseuse à la face postérieure du corps du pubis, et l'on conçoit aisément que cette exploration puisse être toujours négative lorsque les fistules sont très éloignées de l'os, situées vers la fesse, le triangle de Scarpa ou l'épine iliaque antérosupérieure, ou lorsque tout en restant voisines du pubis, elles contournent la face antérieure et le bord supérieur du corps pour rejoindre un foyer osseux de la partie postérieure de l'angle pubien.

La valeur de la *radiographie* est au contraire indiscutable. Elle peut servir à faire le diagnostic précoce de l'affection. Notre maître M. le Dr Ménard, nous citait le fait d'une malade de sa clientèle privée, déjà soignée pour d'autres localisations de la tuberculose osseuse, qui présentait un point douloureux au niveau du pubis : la fixité de la douleur qui s'exagérait par la pression lui fit redouter l'existence d'une lésion tuberculeuse du pubis à ce niveau. Comme aucun







Radiographie montrant les deux séquestres pubiens du malade  
de l'observation XV.

*(Laboratoire de M. Danguy, pharmacien à Berck-sur-Mer).*





Radiographie montrant les séquestres pubiens du petit malade  
de l'observation XVIII.

*(Laboratoire de M. Danguy, pharmacien à Berck-sur-Mer).*



autre signe clinique ne permettait de confirmer le diagnostic, une radiographie fut faite ; elle montra la présence d'une tache claire au niveau du corps du pubis et l'on put affirmer l'existence d'un foyer d'ostéite qui évolua dans la suite et donna lieu à un abcès.

A une période plus avancée de la maladie, elle conserve une grande valeur pour montrer les lésions osseuses, les rendre indiscutables et en préciser le siège et l'étendue. On voit nettement, sur les épreuves radiographiques, la région du pubis atteinte se dessiner sous forme d'une tache claire au milieu de laquelle les séquestres se détachent en noir avec leur forme et leurs dimensions à peu près exactes.

C'est donc un moyen d'exploration extrêmement précieux, parce que non seulement il fait disparaître tous les doutes relatifs à la cause des troubles observés, mais encore il met pour ainsi dire sous les yeux les désordres anatomiques ; il indique ainsi exactement au chirurgien quel est le but vers lequel doit se diriger son intervention, et l'étendue qu'il faut lui donner pour détruire entièrement le foyer d'ostéite et supprimer définitivement la cause des désordres qu'il combat. On devra donc faire pratiquer la radiographie dans tous les cas où la tuberculose pubienne sera soupçonnée, autant pour confirmer le diagnostic que pour servir de prélude à l'acte opératoire.

---

## CHAPITRE VI

### COMPLICATIONS

Les complications de la tuberculose pubienne appartiennent toujours aux lésions de la branche horizontale ou du corps de l'os. La situation de la branche ischiopubienne, relativement éloignée de tout organe important, explique comment on peut voir évoluer à son niveau des ostéites parfois très étendues, pouvant devenir graves par l'importance des décollements et des trajets fistuleux auxquels elles donnent naissance, sans que pour cela on observe de complications proprement dites. La branche horizontale, au contraire, par les rapports qu'elle affecte avec la vessie, d'une part, avec la hanche de l'autre, peut devenir le point de départ de lésions *articulaires ou vésicales* plus ou moins importantes.

Les abcès développés à la face postérieure du corps du pubis ne sont séparés de la vessie que par les plans cellulaires minces qui constituent en avant la gaine d'enveloppe de l'organe. Aussi peuvent-ils évoluer vers les voies urinaires et déterminer selon les cas, soit une simple irritation du col vésical, soit une perforation des parois entraînant une communication plus ou moins large entre la cavité de l'abcès et celle

de la vessie. Dans une observation (1), où un foyer tuberculeux du corps du pubis avait déterminé la formation d'une *fistule à l'anus*, on note l'existence d'une *incontinence d'urine*, d'abord légère, ne se produisant qu'à l'occasion des efforts, puis plus accentuée et constatable dès que le malade était debout. L'enfant n'avait jamais présenté d'accidents analogues avant l'apparition de l'abcès anal qui fut le premier symptôme de sa maladie, et cette incontinence disparut lorsqu'une intervention chirurgicale eut amené la guérison de l'affection initiale. A aucun moment les urines ne furent troubles ou purulentes et il n'y eut de phénomènes de cystite. Il s'agissait donc d'une simple irritation du col de la vessie par les trajets tuberculeux voisins, sans atteinte, à proprement parler, du tissu de l'organe.

Il y a d'ailleurs de grandes différences au point de vue de l'*excitabilité vésicale* entre les différents malades, car dans une observation que nous avons déjà eu l'occasion de citer, un trajet allant du pubis gauche au côté droit de l'anus passait au-dessus de l'origine de l'urèthre et par conséquent tout près du col vésical sans que le moindre trouble de la miction se fût manifesté. Dans d'autres cas, l'atteinte des parois de la vessie est plus profonde et la perforation se produit : A ce moment l'abcès se vide dans la cavité

---

(1) Observation V.

vésicale et les urines deviennent manifestement purulentes. Lorsque la communication est assez large, des séquestres plus ou moins volumineux passent dans les voies urinaires où ils peuvent déterminer des accidents d'une gravité variable. Les plus petits sont éliminés par l'urèthre sans douleur, et le malade ne s'en aperçoit qu'en constatant la présence de grumeaux osseux dans l'urine. Plus gros, ils s'arrêtent dans le canal qu'ils oblitèrent presque complètement, la sécrétion devient difficile et le séquestre peut être senti sous forme d'un corps dur, situé à la racine du pénis (1).

Au lieu de s'engager dans l'urèthre, les débris osseux séjournent parfois dans la vessie ; l'urine vient alors déposer autour d'eux des couches successives de matières minérales et ils deviennent le centre de véritables calculs vésicaux (2). Ces calculs atteignent parfois le volume d'un œuf de poule et lorsqu'on les a extraits par la taille ou par la lithotritie, on trouve souvent à leur centre un peu d'os nécrosé qui explique leur origine. De plus, l'abcès qui a déterminé la perforation ne continue pas moins dans quelques cas à évoluer vers la paroi abdominale qu'il perfore. Dans une observation, un abcès s'était produit dans le flanc droit et avait donné naissance à une fistule par où s'écoula d'abord du pus, puis de l'urine. On

---

(1) Observation IV.

(2) Observation IV.

voit donc combien sont variés les troubles auxquels donne lieu l'évolution de la tuberculose pubienne vers la vessie.

Mais une chose frappe surtout lorsqu'on reprend les observations qui relatent cette complication : c'est *la tolérance remarquable des voies urinaires dans lesquelles se sont ouverts les abcès*. La purulence des urines est en effet au début le seul symptôme, il n'y a ni douleurs, ni fréquence des mictions, en un mot, aucun phénomène de cystite. La paroi vésicale se laisse envahir et détruire en un point sans produire aucune réaction morbide, et la muqueuse ne s'irrite pas au contact du pus déversé dans sa cavité. De même, la présence de séquestres dans la vessie ne détermine guère que des troubles mécaniques, et lorsqu'ils ont été extraits par une intervention chirurgicale, la guérison complète et définitive des troubles est la règle. La communication de la vessie avec l'extérieur, par l'intermédiaire d'un abcès froid n'assombrit pas non plus, semble-t-il, le pronostic, et tout rentre promptement dans l'ordre quand on traite la lésion initiale.

Cette tolérance des voies urinaires à l'égard des pus tuberculeux est d'ailleurs un fait d'ordre tout à fait général : Nous avons eu l'occasion d'entendre M. Ménard rapporter quelques faits d'ouverture d'abcès d'origine vertébrale dans les voies urinaires, et nous avons observé nous-même un cas de ce genre, sans

que jamais la vessie ait paru s'altérer au contact du pus, et sans que la purulence des urines se soit accompagnée de douleurs et de fréquence de mictions.

Nous ferons remarquer, en passant, que ce fait peut avoir un intérêt pour la pathogénie des cystites bacillaires si fréquents à la suite de la tuberculose rénale, et vient à l'appui des théories qui cherchent l'origine de la cystite, non pas dans l'inoculation directe par le pus déversé par le rein, mais bien plutôt dans les communications lymphatiques si importantes entre les différentes régions des voies urinaires.

*L'évolution de la tuberculose pubienne vers la hanche détermine, au contraire, des lésions qui viennent assombrir singulièrement le pronostic de l'affection.* La communication du foyer osseux primitif avec l'articulation peut se faire de différentes manières. Dans une observation, il existait au niveau du corps et de la branche horizontale du pubis, un vaste foyer d'ostéite qu'une petite perforation mettait seule en rapport avec la hanche (1). La tête du fémur était presque saine, de même que la cavité cotyloïde, et les désordres articulaires étaient si peu graves que l'on put tenter de se borner à l'évidement et au tamponnement du foyer pubien, sans pratiquer la résection de la hanche. Mais ce n'est pas là, semble-t-il, le cas le plus fréquent : l'ostéite qui donne naissance

---

(1) Observation VIII.

à la coxalgie est le plus souvent, non pas juxtacoxale, comme dans cette observation, mais franchement articulaire, atteignant le pubis au niveau même de la cavité cotyloïde. C'est du moins ce que nous avons pu constater à deux reprises différentes : la caverne tuberculeuse, située dans la partie la plus externe de la branche horizontale, communiquait largement avec la hanche, et les désordres produits au niveau de la cavité cotyloïde étaient très marqués. Du reste, la coxalgie avait évolué dans les deux cas, sans que l'on eût soupçonné son origine pubienne, et ce n'est qu'à l'ouverture de la hanche que l'on reconnut la localisation initiale de la tuberculose. La radiographie n'avait malheureusement pas été pratiquée avant la résection de la hanche ; elle aurait sans doute montré l'existence de la caverne du pubis et permis de poser un diagnostic tout à fait précis avant l'intervention opératoire. Peut-être de nombreux cas de coxalgie d'origine pubienne passent-ils inaperçus, l'affection n'ayant pas été assez grave pour nécessiter une opération et la radiographie n'ayant pas été faite. Toutefois, nous ferons remarquer que le pubis prend la part de beaucoup la plus petite à la constitution de la cavité cotyloïde et qu'il est vraisemblable que le nombre des coxalgies d'origine iliaque ou ischiatique est bien supérieure à celui des coxalgies à début pubien. D'ailleurs dans les résections de la hanche il est très rare de trouver, comme nous l'avons vu

deux fois de suite, une caverne du pubis largement ouverte dans l'articulation.

Les deux cas que nous avons observés ont présenté une évolution tout à fait analogue et assez spéciale. Le début de l'affection a évolué chez nos deux malades sans grande particularité : claudication, douleur, limitation des mouvements, tout indiquait une coxalgie typique : toutefois l'intensité des douleurs était différente et tandis que l'une de nos deux enfants ne ressentait que de légères souffrances, l'autre rentrait dans le type de ce que l'on appelle la coxalgie douloureuse. C'est seulement au moment de l'apparition des abcès que l'on commença à percevoir des particularités dans la marche de la maladie. Ces abcès se développèrent d'abord sans fièvre et sans réaction inflammatoire des tissus ; ils devinrent assez volumineux pour nécessiter des ponctions qui furent pratiquées avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, et néanmoins à la troisième ponction dans une observation, à la cinquième dans l'autre, on vit apparaître des phénomènes infectieux marqués. La température de l'enfant s'éleva à 39 ou 40° et la région de l'abcès devint le siège d'une tuméfaction douloureuse, dure et violacée, d'aspect manifestement inflammatoire. Après quelques jours, un petit point fluctuant se montra et ne tarda pas à donner lieu à une fistule. Le pus qui en sortit était grisâtre, mal lié, d'odeur fétide, mélangé de gaz, tout à fait analogue comme

aspect et comme odeur à celui que nous avons eu l'occasion d'observer dans un cas de mal de Pott avec abcès ouvert dans les voies digestives, si bien que nous eûmes un moment l'idée que nos malades avaient dû faire une lésion analogue et ouvrir un abcès, soit du petit bassin, soit de la fosse iliaque, dans l'intestin. En effet, dans toute la racine de la cuisse et jusque dans la fosse iliaque la pression déterminait une *cré-pitation gazeuse* et faisait sortir par la fistule un flot de pus extrêmement fétide. Cependant les selles de nos malades ne contenaient pas traces de pus et l'évolution nous montra qu'il n'y avait pas eu de communication directe avec le tube digestif. Malgré des injections d'eau oxygénée et de permanganate de potasse dans les fistules, la fièvre persistait et les malades dépérissaient, si bien que devant la menace de mort par hecticité, on dut pratiquer la résection de la hanche. A l'opération, on trouva dans les deux cas, outre la lésion pubienne dont nous avons déjà parlé, un décollement se glissant derrière l'ischion jusque vers le rectum et entrant en connexions assez intimes avec lui, sans toutefois altérer ses parois.

L'histoire de ces deux malades nous paraît être intéressante à plusieurs points de vue. Tout d'abord nous ferons remarquer que les phénomènes d'infection se sont présentés sous une forme tout à fait spéciale ; certes, il n'est pas rare d'observer des coxalgies dans lesquelles des infections secondaires viennent

se greffer sur la lésion bacillaire ; mais ce n'est pas dès la période d'abcès ; c'est seulement après la formation des fistules, lorsque celles-ci n'ont pu être protégées efficacement par des pansements aseptiques, que la fièvre apparaît et nécessite parfois, pour éviter la mort de l'enfant, la résection de la branche. L'infection aurait peut-être pu être attribuée aux ponctions et nous avouons que nous avons une tendance à le faire, après avoir constaté l'absence de communication avec l'intestin. Cependant on avait pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires ; l'infection des abcès par les ponctions est une chose très rare et lorsqu'elle se produit elle donne plutôt naissance à du pus phlegmoneux qu'au pus grisâtre, fétide, mélangé de gaz que nous avons sous les yeux. Celui-ci avait tous les caractères du pus à point de départ digestif. Nous n'avons malheureusement pas pu en faire pratiquer l'analyse bactériologique qui aurait été d'un précieux secours pour déterminer l'origine ou la nature de l'infection, mais la présence dans les deux cas de décollements présentant des connexions intimes avec le rectum, nous semble avoir une grande valeur pour expliquer comment ces abcès se sont infectés. On sait, en effet, à l'heure actuelle, que les abcès développés aux environs du tube digestif, même sans communication directe avec lui, présentent toujours une fétidité tout à fait spéciale, due au passage de produits solubles et peut-être de microbes au tra-

vers de la paroi intestinale restée saine, au moins en apparence. C'est probablement, pensons-nous, dans ce sens qu'il faut chercher l'explication des faits que nous avons observés, les caractères du pus et la marche de la maladie s'expliquant admirablement par l'hypothèse d'une infection à point de départ rectal.

Le mécanisme de cette infection nous a paru intéressant à signaler parce qu'il assombrit singulièrement le pronostic des coxalgies à point de départ pubien.

L'étude que nous avons présentée de la marche des abcès dans la tuberculose du pubis nous dispense d'insister plus longuement sur la manière dont se produisent les collections périrectales qui résultent non pas du développement d'un abcès à point de départ articulaire, mais de la propagation directe du foyer pubien. La lésion osseuse initiale est donc responsable, et de la coxalgie à laquelle elle donne naissance en envahissant le cotyle, et de l'infection articulaire qui a pour cause le développement vers le rectum des abcès ossifluents. C'est bien par conséquent à l'origine pubienne de la coxalgie que nous devons attribuer la marche spéciale des accidents observés et il faut en tenir compte dans l'appréciation du pronostic. Celui-ci, en effet, est grave non seulement au point de vue fonctionnel, mais encore au point de vue vital, puisque l'ostéite du pubis en s'étendant à la fois vers le rectum et vers la hanche, a

été cause de l'infection articulaire qui non traitée peut aboutir à l'hecticité et à la mort.

C'est donc à juste titre que nous avons pu opposer la bénignité constante des complications vésicales de la tuberculose pubienne à la gravité habituelle de ses complications articulaires.

---

## CHAPITRE VII

### PRONOSTIC. — TERMINAISON

Après l'étude que nous venons de faire de la symptomatologie et des complications de la tuberculose du pubis chez l'enfant, il nous sera facile d'en établir le pronostic et la terminaison.

Dans les cas où le foyer d'ostéite est limité à une caverne, contenant un séquestre plus ou moins volumineux, et où l'abcès s'est formé au voisinage de l'os et a fistulisé non loin de la lésion primitive, le pronostic est en général bénin. Toutefois il faut compter ici, comme toujours, avec la durée parfois vraiment désespérante des foyers tuberculeux. Tant que le séquestre ne sera pas éliminé, le malade conservera une fistule : l'état général peut être excellent, les troubles fonctionnels nuls, il n'en restera pas moins porteur d'une affection gênante pendant plusieurs années, si l'on n'intervient pas. *L'élimination spontanée* des séquestres a pu en effet être observée, mais elle est d'une telle rareté qu'elle ne doit pas entrer en ligne de compte et que la tuberculose pubienne, si bénigne qu'elle soit en apparence, est toujours justiciable d'une opération, si on ne veut pas voir l'affection s'éterniser.

Dans les cas à décollement étendu, la suppuration peut devenir, comme nous l'avons dit, une menace pour la vie ; l'enfant s'amaigrit, le foie s'hypertrophie, les urines contiennent de l'albumine et avec tous les symptômes de l'hecticité, la maladie s'achemine vers la mort. Cependant, même lorsque le foie est gros et l'albumine en quantité notable, on peut espérer la guérison par suppression des séquestres et des foyers tuberculeux. L'état général se remonte en effet, dès que, la cause de la suppuration étant supprimée, l'écoulement du pus devient moins abondant. Les lésions du foie et du rein demeurent pendant très longtemps curables et ne sont pas une contre-indication à l'acte opératoire ; bien au contraire, elles en indiquent l'urgence et rétrocèdent le plus souvent une fois que l'opération a été pratiquée.

Les *complications vésicales* n'assombrissent guère, comme nous l'avons vu, le pronostic. Elles évoluent presque toujours vers la guérison avec la plus grande facilité dès que l'on dirige contre elles un traitement approprié. Mais il n'en est pas de même des complications articulaires.

Une coxalgie, même bénigne, est toujours d'une certaine gravité, tant à cause des soins qu'elle nécessite pendant des années, qu'à cause de la gêne fonctionnelle qu'elle laisse toujours, même après guérison.

De plus nous avons essayé de montrer que les

coxalgies d'origine pubienne peuvent présenter une gravité toute spéciale, et malgré un traitement rationnel et assidu évoluer vers l'infection secondaire de la hanche et la fistulisation. Elles nécessitent alors pour éviter la mort de l'enfant la résection de la hanche, opération dont les résultats, au point de vue vital, sont incontestablement excellents dans la majorité des cas, mais qui laisse forcément à sa suite une gêne fonctionnelle marquée.

Nous aurons terminé l'histoire de la tuberculose pubienne chez l'enfant, lorsque nous aurons signalé que le pronostic éloigné de ces lésions doit être dans quelques cas légèrement réservé, à cause de la possibilité de nouvelles poussées d'ostéite, après guérison apparente de la maladie pendant un temps plus ou moins long. Le bacille, là comme dans tous les autres points de l'organisme peut sommeiller pendant de longues années, pour reprendre une nouvelle activité à l'occasion d'une circonstance favorable à son développement ou même sans cause apparente. C'est ainsi que l'on a vu des malades atteints dans l'enfance de tuberculose pubienne, en obtenir la guérison, parvenir à l'âge adulte sans accidents et réveiller leur foyer d'ostéite, après dix ou quinze ans parfois de santé parfaite. Ce réveil peut être déterminé par une grossesse chez la femme ou survenir sans raison chez des sujets vigoureux et bien portants.

Il est rare que la tuberculose pubienne soit associée

à d'autres localisations osseuses ou viscérales du bacille : dans presque toutes nos observations la lésion du pubis est primitive, ne s'accompagnant pas de lésions consécutives des autres os, et n'étant jamais ou presque jamais le point de départ d'une généralisation tuberculeuse.

Le pronostic de l'affection est donc, dans la plupart des cas, lié uniquement à l'évolution locale de la maladie et n'est pas particulièrement grave au point de vue vital.

---

## CHAPITRE VIII

### DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose pubienne est, suivant les cas, très facile ou très difficile. Un point d'ostéite du pubis détermine la formation d'un abcès ossifluent suivi d'une fistule, au niveau même de la lésion, le stylet introduit dans la fistule pénètre dans une caverne de l'os, c'est là évidemment un ensemble de symptômes qui ne laisse aucun doute dans l'esprit. Mais lorsque l'affection détermine des fistules à distance au niveau de la marge de l'anus, par exemple, le diagnostic devient beaucoup plus difficile. Enfin lorsqu'il s'accompagne de troubles de la marche et de gêne dans le jeu de l'articulation coxo-fémorale, la difficulté du diagnostic différentiel devient extrême et cela tient à deux causes : tout d'abord la tuberculose pubienne est une maladie rare vers laquelle l'attention des observateurs n'est pas habituellement tournée, de plus la claudication, les douleurs, la présence d'abcès dans la région supérieure de la cuisse sont souvent le fait d'autres maladies beaucoup plus fréquentes ; nous voulons parler de la coxalgie et du mal de Pott, auxquels on doit toujours songer en pareil cas. Même lorsqu'un examen attentif

du malade a permis d'éliminer ces deux affections, et de penser à une ostéite du bassin, on ne différencie pas toujours aisément au point de vue clinique l'ostéite pubienne de celles des autres parties de l'os coxal et particulièrement de l'ischion.

Nous insisterons tout d'abord sur le diagnostic différentiel de la tuberculose pubienne et de ces trois maladies, car c'est là la différenciation vraiment difficile en clinique et la seule, pour ainsi dire, qui soit à étudier au lit du malade. Nous indiquerons ensuite brièvement les erreurs de diagnostic auxquelles l'aspect des abcès ossifluents a pu donner naissance et celles qui ont résulté des complications de la maladie.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de l'origine pubienne des coxalgies, diagnostic impossible à faire, nous semble-t-il, autrement que par l'opération ou la radiographie.

La *coxalgie* et certaines formes d'ostéite tuberculeuse du pubis ont, à la première période, comme symptômes communs au premier abord, la claudication, la douleur, la limitation de l'abduction. La claudication est à peu près la même dans les deux cas, mais la douleur présente déjà des caractères spéciaux. Dans la coxalgie, elle s'irradie très souvent à distance et en particulier vers l'articulation du genou ; cette gonalgie n'existe jamais dans l'ostéite pubienne dont la douleur siège au voisinage de l'os et se propage peu en général. La limitation de l'abduction

existe dans les deux cas, mais tandis que dans la coxalgie elle relève d'une contracture musculaire généralisée qui limite aussi bien la flexion et l'extension, dans la tuberculose du pubis, elle s'observe à l'état isolé, les autres mouvements conservant toute leur étendue. Outre ces différences, la tuberculose de l'articulation coxo-fémorale s'accompagne de symptômes qu'on ne retrouve jamais dans les lésions pubiennes. Il y a presque toujours une adénite spéciale du pli de l'aîne et surtout des troubles trophiques précoces, existant dès la première période de l'affection et se traduisant par un amaigrissement musculaire et un épaissement de la peau dont le pannicule adipeux forme, lorsqu'on la plisse, un bourrelet beaucoup plus volumineux du côté malade que du côté sain.

Lorsque la coxalgie a donné naissance à un abcès, la limitation des mouvements est encore bien plus accusée qu'à la première période : la cuisse et le bassin sont pour ainsi dire soudés ensemble et tous les mouvements que l'on imprime à l'une se transmettent à l'autre. Rien d'analogue dans la tuberculose du pubis avec abcès, où nous avons pu insister, à juste titre, sur le contraste entre les troubles fonctionnels et la liberté presque absolue des mouvements de la hanche, sauf l'abduction.

A la troisième période la ressemblance entre certaines formes graves d'ostéite pubienne et une coxalgie fistuleuse devient beaucoup plus accusée. Les fistules

ont déterminé l'empatement de toute la région et l'immobilisation de la hanche ; des troubles trophiques se montrent au niveau du membre inférieur du côté malade et le tableau d'une tuberculose coxale arrivée à la période de fistulisation est réalisé dans presque tous ses points. Cependant, même en l'absence de renseignements sur l'évolution de la maladie, on pourra le plus souvent éliminer la coxalgie : Il est rare, en effet, que celle-ci arrive à la période de fistulisation, sans que les désordres osseux qui se produisent au niveau du cotyle et de la tête fémorale aient donné lieu à un déplacement du grand trochanter, traduisant la luxation de la hanche. Au contraire, dans les lésions du pubis, on trouvera toujours, quand l'articulation est saine, le grand trochanter à sa place, sur la ligne de Nelaton-Roser. Ce n'est pas cependant un signe de certitude absolue, mais l'anesthésie, que l'on pourra employer comme mode d'exploration, rendra à la hanche tous ses mouvements, si elle est saine, tandis que l'immobilisation persiste en cas de coxalgie luxée. Enfin, la radiographie que l'on doit toujours faire faire, dans le cas où une affection analogue à une coxalgie présente cependant quelques particularités qui l'ont hésiter le diagnostic, montrera très facilement la lésion pubienne, en même temps qu'elle fera voir la tête fémorale en place dans un cotyle intact, et qu'elle permettra d'apprécier l'intégrité de la hanche.

Le *mal de Pott* lombaire ou dorsolombaire peut donner naissance à des abcès par congestion, qui suivant la gaine du psoas, viennent faire saillie à la partie interne de la cuisse, dans la région des adducteurs. Ces abcès peuvent alors continuer leur évolution, passer dans la fesse en contournant le fémur, pour venir se placer à la région externe de la cuisse. S'ils deviennent fistuleux, ils entourent toute la région de la hanche de trajets assez analogues à ceux que nous avons décrits dans les formes graves de la tuberculose pubienne.

Etant donnée la fréquence très grande de l'affection, c'est toujours à un mal de Pott que l'on doit songer, d'abord lorsqu'on se trouve en présence de ces fistules périarticulaires et que l'on a acquis par l'étude des mouvements de la hanche, la conviction de son intégrité. L'attention doit alors se porter sur la colonne vertébrale : on recherche les signes du mal de Pott. Dorsolombaire, celui-ci donne, en général, lieu à une gibbosité accentuée qui permet de faire aisément le diagnostic, mais, s'il est lombaire, la gibbosité parfois nette est souvent minime et demande à être cherchée avec soin. C'est en palpant très attentivement la ligne des apophyses épineuses que l'on sentira l'une d'elles légèrement saillante et pour ainsi dire énucléée entre les deux voisines, à moins que l'on ne trouve simplement qu'une légère diminution de la concavité normale de la région ou même aucune déformation. La pression

sur les apophyses épineuses est douloureuse en un ou plusieurs points, et, lorsqu'on imprime des mouvements à la colonne vertébrale, soit en faisant pencher le malade vers le sol, soit en explorant les mouvements passifs sur l'enfant étendu, on constate une rigidité marquée de la région lombaire, région qui normalement est très souple et peut s'incurver avec la plus grande facilité.

Si l'on ne constate aucun de ces signes, on pourra éliminer le mal de Pott, et comme la coxalgie aura déjà été écartée, on devra penser à une ostéite du bassin. Parmi celles-ci, une des plus fréquentes est la *tuberculose de l'ischion*.

Comme la tuberculose pubienne, elle donne naissance à de la claudication, à des abcès et à de la limitation des mouvements de la hanche. Mais la limitation porte surtout sur la flexion et l'extension. L'abduction toujours atteinte dans le cas de lésions du pubis est au contraire parfaitement libre dans la tuberculose de l'ischion. De plus c'est au niveau de la fesse que se localisent les troubles morbides dans cette dernière affection : dès le début, il y a effacement du méplat de la fesse et du pli fessier, effacement qui résulte tout d'abord d'une augmentation de volume de l'os, puis de l'apparition d'abcès froids dans la région. Ces abcès, sortis par l'échancrure sciatique ou venus directement de la face externe de l'ischion, s'étalent sous le grand fessier et viennent s'ouvrir au

niveau de son bord inférieur. L'évolution des lésions pubiennes vers la fesse est au contraire possible, mais assez rare. La plupart du temps, les abcès fessiers lorsqu'ils sont d'origine pubienne s'accompagnent d'autres abcès dans la région du pli génitocrural ou des adducteurs, ce qu'on ne voit pas dans la tuberculose de l'ischion. On pourra donc le plus souvent, grâce à la liberté de l'abduction, à la limitation de l'extension et de la flexion, à la localisation des troubles morbides vers la fesse, distinguer les lésions de l'ischion de celles du pubis. La radiographie vient dans ces cas lever les doutes.

En effet, nous avons eu l'occasion d'observer chez une enfant de 8 ans l'élimination de petits séquestres osseux par une fistule située à la partie postérieure de la grande lèvre gauche. L'exploration avec un stylet ne permit pas d'atteindre la lésion initiale. En l'absence de tout autre phénomène morbide, on hésitait entre l'origine pubienne ou ischiatique des séquestres ; la radiographie montra nettement l'intégrité du pubis et la destruction presque totale de l'ischion qui s'était produite sans aucune douleur.

Telle est la discussion qui doit en général conduire à reconnaître l'existence de la tuberculose pubienne, dans ses formes graves et de diagnostic difficile. Il existe cependant une autre forme de la maladie où ces difficultés sont souvent très grandes et presque impossibles à résoudre cliniquement. Nous voulons

parler des cas où la lésion s'accompagne de fistule juxtaanale. Ces fistules ne présentent en effet aucune particularité extérieure qui permette de les différencier de celles qui font suite à un abcès froid de la marge de l'anus. Lorsqu'elles existent avec une fistule hypogastrique, par exemple, le diagnostic s'éclaire aussitôt et devient le plus souvent facile ; mais quand elles sont isolées de la lésion qui leur donne naissance, elles risquent de passer inaperçues. Il faut toujours avoir présente à l'esprit la fréquence des abcès ostéopathiques dans cette région. Lorsqu'on se trouve en présence d'une fistule borgne externe dans laquelle le stylet se dirige en dehors, vers les parois du bassin, au lieu de gagner le rectum, on doit soupçonner une lésion osseuse ; une exploration minutieuse permet alors parfois de conduire la sonde jusqu'au niveau de l'os malade, mais ce n'est souvent qu'après de nombreuses tentatives, et on conçoit que malgré tous les efforts on puisse n'obtenir qu'un résultat négatif. Nous avons aujourd'hui dans les rayons X un moyen beaucoup plus sûr de résoudre la question.

Signalons seulement en passant la possibilité de confondre un abcès ostéopathique avec des *ganglions suppurés de l'aîne* ; il suffira, en général, d'y songer pour différencier les ganglions qui restent mobiles et indépendants de l'os, des abcès sessiles dus à une ostéite. De plus la localisation et l'aspect des abcès

ganglionnaires sont assez spéciaux pour ne pouvoir donner lieu, le plus souvent, à la moindre hésitation.

L'*ostéomyélite* aigue du pubis est une affection à début brusque, à allures inflammatoires, bien différente de la tuberculose. Les séquestres ont une forme caractéristique avec une série de petites aiguilles osseuses qu'on ne trouve jamais dans la tuberculose.

Lorsque l'*ostéomyélite chronique* succède à une poussée aigüe la marche des accidents suffit à éliminer la tuberculose qui n'offre jamais ce début bruyant. Les difficultés ne pourraient donc se présenter que dans le cas d'*ostéomyélite chronique* d'emblée ou lorsqu'on n'a pas de renseignements sur le début de l'affection.

La symptomatologie de l'*ostéomyélite chronique* d'emblée telle qu'elle a été établie par Trélat puis par Demoulin dans sa thèse inaugurale est caractérisée par des douleurs et du gonflement osseux. Les douleurs sourdes à l'origine et calmées par le repos deviennent plus tard extrêmement vives ; elles ne sont pas réveillées par la pression. Le gonflement est très marqué, apparaît en même temps que les douleurs ou peu après : il est dû à l'hyperostose périphérique constante dans l'*ostéomyélite*. La maladie peut guérir sans suppuration, mais s'il se forme du pus, c'est avec des symptômes fébriles, l'affection revêtant momentanément une allure subaigüe.

Bien différente est l'évolution de la tuberculose. Il

y a des douleurs, mais celles-ci restent toujours peu intenses et sont souvent réveillées par la pression. Le gonflement fait toujours défaut et cela s'explique aisément, si l'on veut bien se reporter à ce que nous avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique, et se rappeler que l'existence d'une couche osseuse néo-formée autour des séquestres tuberculeux, au moins au niveau du pubis, est très rare et que dans tous les cas cette couche reste très mince. La formation de l'abcès froid ne s'accompagne jamais de phénomènes fébriles qui se manifestent quand apparaît l'abcès de l'ostéomyélite chronique. La fièvre ne fait partie de la symptomatologie de la tuberculose pubienne qu'à la période de fistulisation, après infection secondaire. Même quand l'affection est caractérisée par une ostéite multifistuleuse et fébrile, nous croyons que la présence ou l'absence d'un gonflement osseux marqué peut permettre de distinguer la tuberculose de l'ostéomyélite.

*La syphilis pubienne*, maladie tout à fait exceptionnelle, se présente sous forme d'exostoses ou d'ostéite proprement dite, dont la nature est presque toujours éclairée par l'existence d'exostoses ou d'ostéite caractéristiques au niveau des diaphyses des autres os et surtout des tibias.

La douleur au niveau du pubis qui précède parfois l'évolution de la tuberculose de cette région et qui dans un cas permet, comme nous l'avons rapporté, de

faire le diagnostic précoce, aurait pu être prise pour une manifestation *rhumatismale* ou *névralgique*. Elle n'a de valeur, quand elle est isolée, que si elle est absolument fixe et évolue chez un sujet déjà atteint de manifestations osseuses de la tuberculose.

L'abcès, une fois constitué a pu donner lieu aux erreurs les plus variées. Au niveau de la région hypogastrique, il est souvent dur, résistant, bien limité, relié à l'os par un pédicule plus ou moins net ; aussi a-t-on pu le prendre pour une tumeur solide, ou croire à l'existence d'un *fibrome*, d'un *sarcome*, d'un *lipome* développé aux dépens du pubis ou dans la gaine des droits. On a pensé à une *myosite* du grand droit de l'abdomen, ou lorsque la tumeur était manifestement fluctuante à un *kyste hydatique de la cavité de Retzius*, ou à un abcès de cette région.

Le plus souvent il a suffi d'une ponction exploratrice pour montrer la nature de la tumeur et l'existence d'un abcès froid que l'on a ensuite pu rattacher plus ou moins aisément à la tuberculose du pubis.

Lorsque l'abcès siège dans le pli de l'aîne, on a parfois pu le confondre avec une *hernie* (Roland-Martin), un anévrisme de la région, une dilatation variqueuse de la saphène interne.

Lorsqu'il est placé dans le pli inguino-scrotal, au voisinage du scrotum ou de la grande lèvre, on a songé à un kyste du cordon, à un kyste de la glande de Bartholin ou du canal de Nüek, tous diagnostics

qui ne se posent qu'assez exceptionnellement et sur lesquels nous ne devons pas insister.

D'autres causes d'erreurs pourraient se rattacher aux *complications vésicales*. L'incontinence d'urine, due à l'irritation du col vésical par un trajet tuberculeux, pourrait ne pas être rapportée à sa véritable cause et être considérée comme idiopathique.

La purulence des urines pourrait faire songer à une lésion de la vessie ou du rein, mais l'absence d'hématurie, de douleurs, de fréquence des mictions, la présence, de temps à autre, de grumeaux osseux dans l'urine permettent le plus souvent de faire le diagnostic de l'ouverture dans la cavité vésicale d'un abcès ostéopathique ; d'ailleurs, d'autres abcès et d'autres fistules viennent en général fixer sur l'origine du pus. Dans un cas que nous avons observé, un corps étranger de la vessie, constitué par une épingle à cheveux, avait déterminé des troubles multiples, parmi lesquels des troubles rapportés au pubis et de la purulence des urines qui avaient fait penser à la tuberculose pubienne ; la radiographie vint démontrer l'intégrité du pubis et la présence dans la vessie de l'épingle, cause de tout le mal. Enfin, les calculs qui ont pour point de départ des grumeaux osseux tombés dans la vessie, ne se distinguent en rien des calculs dus à une lithiase urinaire simple, et si le reste de l'histoire de la maladie n'a pas révélé l'existence d'un foyer d'ostéite du pubis, ce n'est qu'après l'extrac-

tion des calculs et l'examen de leur coupe, qu'on pourra penser à la lésion osseuse qui leur a donné naissance, et dont un petit séquestre trouvé au centre du calcul fournira la preuve.

Il résulte, en somme, de cette étude que le diagnostic de la tuberculose pubienne peut presque toujours être posé, grâce aux symptômes cliniques et aux moyens d'exploration dont nous disposons aujourd'hui. Dans les cas simples, il suffit d'éviter les causes d'erreur auxquelles peut donner lieu l'aspect assez spécial de l'abcès froid développé profondément dans les muscles droits et adducteurs. Dans les cas où la lésion amène des désordres étendus, on doit arriver au diagnostic par élimination : la coxalgie dont l'idée se présente tout d'abord sera écartée à la première et à la deuxième période à cause de l'absence de limitation des mouvements autres que l'abduction ; à la troisième période le diagnostic devient très difficile : il peut être soupçonné par l'absence de luxation de la hanche et affirmé par la réapparition des mouvements sous chloroforme. Le mal de Pott sera éliminé par suite de l'intégrité de la colonne vertébrale ; quant à la tuberculose de l'ischion, la liberté de l'extension et de la flexion et la situation des abcès, plutôt vers la région antérieure de la cuisse, la feront écarter.

Toutefois on devra se souvenir que tous ces signes cliniques n'ont pas une valeur absolue et que seule la radiographie pourra fournir un argument décisif et indiscutable.

---

## CHAPITRE IX

### TRAITEMENT

Le traitement de l'ostéite tuberculeuse du pubis chez l'enfant doit se baser sur cette notion fondamentale, que la lésion donne naissance à des séquestres et que tant que ceux-ci ne sont pas éliminés, la suppuration persiste.

L'élimination spontanée ne doit pas être attendue, car elle est tout à fait exceptionnelle. Le traitement sera donc surtout opératoire.

Ce n'est pas à dire qu'il faille négliger le traitement général, ce sera celui de toutes les tuberculoses : séjour dans un climat sain et tempéré, au bord de la mer, nourriture aussi substantielle que possible, vie calme et tranquille évitant la fatigue et le surmenage. Il n'y a là rien de spécial et nous n'y insisterons pas. Les médicaments sont la plupart du temps inutiles.

Le traitement local mérite de nous arrêter plus longtemps. Lorsqu'a lieu l'apparition d'un abcès froid, on essaie le plus souvent d'en empêcher l'ouverture par des *ponctions* et des *injections modificatrices*. Tantôt on évacue simplement le pus, tantôt on tente de modifier la paroi de l'abcès à l'aide de naphthol camphré, de thymol camphré ou d'éther iodoformé.

Cette manière d'agir donne souvent des résultats utiles au niveau des abcès ganglionnaires : elle est le traitement de choix des abcès du mal de Pott ou de la coxalgie, mais il semble que si elle est favorable dans ces cas, c'est parce que les abcès, en prenant un développement énorme, ont pour ainsi dire cessé de dépendre de la lésion des vertèbres ou de la hanche, pour prendre une existence propre. La véritable cause des désordres est plutôt la poche de la collection que le foyer osseux qui lui a donné naissance, de sorte qu'en modifiant la paroi, on peut agir heureusement sur l'évolution des abcès. Il n'en est pas de même dans les ostéites qui sont le point de départ d'abcès sessiles ou relativement peu éloignés de la lésion, comme l'ostéite tuberculeuse du pubis. Dans ces cas la poche purulente reste toujours sous la dépendance immédiate du foyer osseux et rien ne saurait entraver son évolution tant que celui-ci n'est pas détruit. Aussi voit-on les injections et les ponctions échouer le plus souvent et l'abcès tendre à la fistulisation, malgré tout ce que l'on a pu tenter.

Puisque la fistulisation est inévitable, ne vaudrait-il pas mieux la provoquer et *inciser largement* les abcès ? Telle est en effet la conduite de quelques chirurgiens qui drainent les décollements en pratiquant des ouvertures et des contre-ouvertures multiples. Deux cas que nous avons eu l'occasion de voir après des opérations de ce genre ne nous ont pas semblé

évoluer très favorablement. Les fistules avaient donné naissance à une suppuration abondante qui épuisait les malades et les conduisait peu à peu vers la cachexie terminale. Les injections modificatrices dans les fistules, faites avec de l'eau oxygénée, du permanganate de potasse et les substances les plus variées, n'arrivent qu'à diminuer dans des proportions bien faibles la suppuration et la fièvre. Si dans un des cas publiés, les fistules ont pu se fermer à la suite d'injections modificatrices, c'est qu'il s'agissait d'une récédive et que la lésion osseuse avait été détruite par une opération préalable. Les fistules produites lors de la récédive tenaient vraisemblablement non plus à un foyer d'ostéite, mais à une lésion persistante de parties molles.

Au contraire l'*élimination des séquestres* et le *drainage* du foyer osseux sont toujours suivis d'une prompte guérison. Dans un cas cette élimination a pu se faire d'une manière très simple, en dilatant la fistule à l'aide d'une laminaire et en retirant le séquestre avec une pince hémostatique. Le plus souvent elle nécessite une opération plus étendue.

Lé malade est endormi, on incise sur le pubis au niveau du point atteint, soit en se laissant guider par une fistule, s'il y en a une, soit en créant une ouverture au niveau du point que la radiographie a démontré malade. On incise avec précaution les plans superficiels afin d'éviter la section du cordon spermatique qu'on attire en dehors avec un écarteur. Le

plus souvent on arrive ainsi, sans difficultés, sur la lésion osseuse, à la condition que le diagnostic ait été bien exactement précisé. On ouvre la loge fibreuse ou l'on agrandit à l'aide de la pince gouge l'ouverture de la caverne où sont situés les séquestres qu'on enlève assez aisément : les adhérences avec les parois sont exceptionnelles et toujours peu solides. Avec la curette on supprime alors les fongosités et on arrive jusqu'à l'os sain : La loge qui contenait les parties nécrosées est bourrée à la gaze iodoformée : il semble, en effet, que l'iodoforme ait une action sur les lésions tuberculeuses des os. La suppuration est moins abondante et moins fétide : la plaie a meilleur aspect que lorsqu'on fait le tamponnement avec de la gaze simplement stérilisée. La plaie pubienne se comble peu à peu après l'opération.

Comment faut-il traiter les *trajets fistuleux* ?

Lorsqu'ils sont très nombreux et très étendus, on est obligé de les abandonner à eux-mêmes. Ils persistent alors très longtemps et la guérison définitive est difficile à obtenir. Cependant une fois la lésion osseuse primitive détruite, les injections modificatrices deviennent plus efficaces, et on peut attendre d'elles la diminution progressive de la suppuration et la disparition des trajets, à la condition d'agir avec patience et de se rappeler que dans ces cas c'est par mois et même par années qu'il faut compter. Si au contraire les trajets fistuleux ne sont pas trop nombreux, ni trop

étendus, s'ils ne contournent pas d'organe essentiel, on les incisera largement de manière à étaler leur surface et à pouvoir la curetter soigneusement. Dans ces conditions, les plaies se cicatrisent en quelques semaines, et un ou deux mois après l'intervention le malade sera le plus souvent guéri.

La *résection typique* du pubis, telle que la décrit OLLIER, avec section des deux branches horizontale et descendante et désarticulation au niveau de la symphyse est le plus souvent inutile chez l'enfant : l'ablation des séquestres par un procédé atypique et l'incision des trajets fistuleux suffisent toujours à en amener la guérison.

Les *complications vésicales* de la tuberculose pubienne nécessitent un traitement approprié à leur nature, mais qui n'a rien de spécial à l'affection qui nous occupe. La communication avec la vessie se fermera spontanément quand on aura supprimé le foyer d'ostéite pubienne ; les séquestres qui forment corps étrangers de l'urèthre seront traités comme tels et extirpés ; enfin les calculs secondaires formés dans la vessie seront extraits par la taille ou la lithotritie.

Un point reste à signaler dans le traitement des coxalgies d'origine pubienne lorsqu'elles sont fistuleuses et infectées, comme cela semble fréquent. La fièvre et l'amaigrissement du malade obligent, en général, à pratiquer la *résection de la hanche*. On

devra, dans ces cas, faire une contre-ouverture au niveau du pubis et drainer directement la lésion centrale. Le drainage indirect par la plaie articulaire est toujours insuffisant : Chez une de nos deux malades, on avait incisé au niveau de l'os lésé et bourré directement la caverne du pubis, la guérison se fit régulièrement, sans accidents; chez l'autre, on avait cru pouvoir drainer par la hanche, mais les résultats furent si peu satisfaisants qu'on dut pratiquer une nouvelle intervention pour créer une seconde ouverture au niveau du foyer pubien.

En résumé, le traitement de la tuberculose pubienne doit être avant tout *opératoire* : il consiste dans l'incision des fistules, l'ouverture du foyer osseux, l'ablation des séquestres et le drainage à l'aide d'un tube ou même d'une mèche de gaze iodoformée, bourrée dans la cavité. Il donne toujours des résultats promptement satisfaisants, à moins que des décollements impossibles à inciser viennent prolonger la durée de la maladie ou qu'une complication articulaire nécessite la résection de la hanche et aggrave par conséquent de beaucoup le pronostic.

---

## CHAPITRE X

### CONCLUSIONS

I. La localisation pubienne de la tuberculose dans l'enfance est rare et reste le plus souvent isolée.

II. Elle se développe dans les parties ossifiées du pubis, c'est-à-dire au niveau du point primitif qui existe seul chez l'enfant, et reste par conséquent toujours éloignée de la symphyse pubienne contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte. On la rencontre avec une égale fréquence sur la branche horizontale et sur la branche descendante.

III. La lésion consiste, soit en une caverne incluse dans l'épaisseur de l'os, soit dans la séquestration d'une partie plus ou moins étendue du corps ou des branches : elle donne naissance à des abcès froids qui peuvent se propager au loin en suivant les gaines musculaires ou les espaces de tissu cellulaires avoisinants.

IV. La symptomatologie de l'affection revêt deux types distincts :

a) Dans l'un, la lésion n'a pas de retentissement sur les fonctions de la hanche, elle évolue avec les symptômes de toute tuberculose ossuse, située en

un point accessible à l'exploration, et ne devient d'un diagnostic difficile que lorsque l'abcès s'éloigne du pubis et va s'ouvrir uniquement à la marge de l'anus.

b) Dans l'autre, la lésion détermine de la gêne de la marche et simule plus ou moins une coxalgie. Il existe toujours, dans ce cas, un contraste entre les troubles fonctionnels et l'absence presque complète de limitation des mouvements de la hanche; ce contraste peut sembler disparaître à la dernière période de l'affection, dans les cas graves avec fistules périarticulaires multiples, mais la liberté des mouvements se manifesterait de nouveau par l'anesthésie.

V. La tuberculose pubienne peut déterminer des complications vésicales toujours bénignes ou se propager à la hanche. Elle semble donner lieu, dans ce cas, à une forme grave de la coxalgie.

VI. Le pronostic est bénin s'il n'y a pas de complication articulaire et si les abcès ossifluents ne donnent pas lieu à des décollements trop étendus, susceptibles d'entraîner la mort par hécitité. Cependant la guérison spontanée est exceptionnelle.

VII. Le diagnostic facile dans les cas de fistules voisines du pubis est plus difficile en présence de fistules périarticulaires : on éliminera la coxalgie qui entraîne une limitation de tous les mouvements de la hanche, et le mal de Pott qui s'accompagne de signes caractéristiques, au niveau de la colonne lombaire ; on

écartera également la tuberculose de l'ischion dont les fistules sont fessières et qui amène la limitation de la flexion et de l'extension de la cuisse.

La radiographie est nécessaire pour préciser le diagnostic, elle montre toujours très nettement le siège et l'étendue des lésions.

VIII. Le traitement sera chirurgical et consistera dans l'ablation opératoire des séquestres et dans l'ouverture et le drainage des trajets fistuleux. Il donne en général des résultats promptement satisfaisants.

Vu :

*Le Président de la Thèse,*

A. LE DENTU.

*Vu le Doyen :*

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris*

L. LIARD.

## OBSERVATION I.

CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration et du drainage chirurgical. Tome II., page 664.

*Abcès de la rainure périnéale interne de la cuisse gauche consécutif à une nécrose ischiopubienne. — Fistule ostéopathique.*

Le jeune Belval âgé de 17 ans, a été atteint il y dix ans d'un abcès dans la rainure périnéale interne de la cuisse gauche.

Cet abcès a donné lieu à une fistule ostéopathique qui paraissait liée à une affection de la hanche. Il semblait en effet qu'il y eût luxation du fémur dans la fosse iliaque externe ; en réalité il y avait déviation du bassin et inclinaison de la colonne vertébrale sur le bassin. Le malade a été successivement traité par plusieurs médecins qui tous ont cru à l'existence d'une coxalgie et en dernier lieu par le Dr Schuster avec lequel je fus appelé en consultation.

Dans l'examen que je fis du jeune malade, mon attention se dirigea naturellement d'une part sur la fistule et d'une autre part sur la déformation pelvienne.

La fistule siégeait dans la rainure qui sépare la cuisse gauche de la région périnéale. En l'explorant avec le stylet, je parvins à constater l'existence d'une nécrose située au voisinage de l'orifice fistuleux. Plus tard au moyen de

canules en Y de plus en plus volumineuses, je parvins à dilater progressivement le trajet et un séquestre de la grosseur d'un noyau de cerise fut éliminé.

Ultérieurement j'eus recours aux injections iodées et je ne doute pas que, si dans le principe on eût reconnu le véritable caractère de la maladie, il n'eût été possible de conserver la vie à ce malheureux jeune homme.

Nous n'avons pas à insister ici sur la déformation pelvienne, nous ferons remarquer seulement qu'elle était la conséquence non pas d'une coxalgie, mais de la nécrose ischiopubienne et que la déviation du bassin avait déterminé, comme cela arrive souvent, la déviation du rachis.

## OBSERVATION II.

Recueillie dans le service de Ollier. — THÈSE DE GOULLIoud.

*Ostéites multiples. — L'une siège au niveau de la branche descendante du pubis. — Première poussée à l'âge de 10 ans. — Seconde poussée à l'âge de 25 ans.*

Jean Moreau cultivateur 25 ans entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 25 février 1870.

Quelques signes de scrofule pendant l'enfance.

A l'âge de 10 ans, le malade alors berger, eut un abcès dans le sillon inguinoscrotal. Une fistule se forma et ne se cicatrisa que six mois plus tard après l'issue d'un petit séquestre.

Vers l'âge de 14 ans, ostéite de l'extrémité supérieure du tibia guérie après dix mois.

C'est au mois de janvier dernier que le malade ressentit de nouvelles douleurs dans le sillon inguinoscrotal. Deux abcès se formèrent, l'un vint s'ouvrir au niveau de la cicatrice de l'ancien abcès ; l'autre à la partie interne de la cuisse à 11 cm. du pubis.

Ces deux trajets fistuleux conduisent sur la face antérieure de la branche descendante du pubis, dénudée en ce point.

Etat général bon. Le malade ne tousse jamais.

Il sort de l'Hôtel-Dieu le 7 mars.

Une lettre du 25 juin 1883, nous apprend que ces fistules ont suppuré à peu près un mois, que le malade ne s'est pas aperçu de l'issue de séquestres et qu'il jouit depuis d'une bonne santé.

### OBSERVATION III.

Recueillie dans le service de M. Mollière. — THÈSE DE GOULLIQUOUD.

*Ostéite de la branche descendante du pubis. — Extraction d'un séquestre. — Guérison.*

Pierre Marie Champagnon 24 ans, cultivateur à Morvant, reçu à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 19 novembre 1882, entre pour un kyste synovial du poignet. Il présente en outre une fistule dans le sillon génito-crural droit, à peu près à égale distance entre le pubis et l'ischion. Cette

fistule date de 1870 et succéda à un abcès développé à cette époque sans cause appréciable.

Le malade n'avait pas reçu de coup, n'avait jamais eu d'affection uréthrale. Le stylet introduit dans une fistule conduit sur la branche descendante du pubis où l'on sent un petit séquestre.

Le 4 décembre 1882 on enlève avec des pinces hémostatiques le petit séquestre qui a le volume d'un pois. Le 5 et le 6 dilatation de la fistule avec la laminaria. Le doigt introduit dans la fistule ne sent plus de point osseux nécrosé. Drain et lint. Le malade part le 12 décembre.

Une lettre du mois de juin nous apprend que la fistule était fermée 15 jours après sa sortie de l'hôpital.

#### OBSERVATION IV.

THÈSE DE GOULLIoud.

*Nécrose des os du bassin. — Formation d'un calcul autour d'un séquestre tombé dans la vessie. — Guérison.*

Le malade est un jeune cultivateur reçu à l'Hôpital de Christiania en 1855. Son affection remonte à neuf ans. Elle débuta comme une coxalgie : douleur de la hanche droite rendant tout mouvement impossible — formation d'un abcès au pli de l'aîne. Celui-ci ouvert, les symptômes s'amendèrent et le malade put marcher. Mais il y a huit ans il s'aperçut que des morceaux d'os sortaient par la

fistule qui avait succédé à l'abcès. Plus tard un autre abcès s'ouvrit dans le pli génito-crural et donna issue à du pus et à des séquestres très petits.

Il y a quatre ans l'urine commença à devenir louche, mais la miction n'était ni douloureuse, ni plus fréquente ; puis l'urine renferma quelques débris osseux.

Enfin il y a deux ans, le malade s'aperçut qu'un corps dur s'était formé à la racine de la verge et que la miction était devenue pénible. Peu après un nouvel abcès se forma dans le flanc droit et donna issue à du pus, puis à de l'urine.

A son entrée à l'Hôpital on constate une luxation du fémur ; la tête est probablement érodée et on ne la sent nulle part. Le membre inférieur raccourci est en adduction et en rotation en dedans. La marche est assez facile à l'aide d'un bâton.

Orifices fongueux situés dans le pli de l'aîne et dans le flanc droits. Par ces fistules s'écoulent du pus et de l'urine, celle-ci sort même en jet de la fistule du flanc droit, tandis qu'il s'en écoule à peine par le canal de l'urèthre, bouché à la racine de la verge par un corps dur et immobile. Une fistule conduit dans la symphyse pubienne ; l'autre au voisinage de l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Le 13 janvier, on retire du canal de l'urèthre avec l'instrument de Leroy d'Etiolles un séquestre de la largeur de l'ongle, incrusté de sels calcaires.

On peut alors pénétrer dans la vessie où la sonde de Mercier fait reconnaître la présence d'un volumineux calcul, occupant toute la vessie rétractée.

Le 5 mars le malade est endormi au chloroforme et le professeur Heibery fait la taille périnéale et extrait un

calcul de la grosseur d'un œuf de poule. Extraction de petits séquestres par la fistule du flanc droit.

Quatorze jours après, l'urine sortait presque toute par le canal de l'urèthre. La plaie fut complètement cicatrisée à la fin de la troisième semaine. Un peu après, la fistule du flanc droit se ferma et le malade partit complètement guéri.

## OBSERVATION V

DUPLAY. — Rapportée dans la THÈSE DE Pozzi.

*Fistule pelvirectale supérieure symptomatique d'une nécrose du pubis (corps et branche descendante). Incontinence d'urine. — Extraction du séquestre par une incision au niveau de l'os malade. — Drainage du trajet. — Guérison.*

A..., âgé de 9 ans, me fut amené au mois de juin 1871 pour que j'eusse à donner mon avis au sujet d'une fistule anale qui persistait depuis deux ans.

Cet enfant d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique, mais sans aucune manifestation scrofuleuse, a été atteint de chorée au mois de mars 1869. La maladie commençait à s'améliorer lorsque l'on s'aperçut de la présence d'un abcès dont le développement ne put être rattaché à aucune cause appréciable.

Cet abcès s'ouvrit spontanément au mois de juin et resta fistuleux. Un chirurgien consulté à ce moment fit le 3 août

une opération qui semble avoir consisté dans un simple débridement de la marge de l'anüs; des mèches furent introduites régulièrement comme après l'opération de la fistule, mais ce traitement demeura sans résultat et l'écoulement du pus persista avec la même abondance.

Les parents consultèrent alors un autre chirurgien des hôpitaux qui reconnut un décollement, pratiqua le 30 septembre un nouveau débridement vers le rectum, plaça des mèches, fit des injections iodées, mais ne put réussir à amener la cicatrisation de la fistule qui fournissait une quantité de pus chaque jour plus considérable.

L'enfant fut alors soumis à un traitement général antiscrofuleux et aucune tentative opératoire nouvelle ne fut faite. Vers le mois de mars 1870 on vit apparaître une incontinence d'urine d'abord légère et qui se produisait seulement lorsque l'enfant faisait quelques efforts, mais qui ne tarda pas à devenir tellement accusée que le malade perdait involontairement ses urines aussitôt qu'il était debout. Cet état persista pendant une année sans qu'on cherchât à y remédier.

Toutefois la santé générale commençait à s'altérer et c'est dans ces conditions que l'enfant fut soumis à mon examen à la fin du mois de juin 1871.

Sur le bord droit de l'orifice anal et empiétant sur la face muqueuse du rectum se trouve une ouverture fistuleuse qui fournit un écoulement abondant de pus et qui admet facilement une sonde cannelée ordinaire.

Celle-ci pénètre de bas en haut à une profondeur de 3 à 4 c/m. mais ne peut aller plus loin : d'autre part il est impossible de découvrir aucun orifice du côté de la face in-

terne du rectum. On constate même dès ce premier examen que la sonde est séparée du doigt introduit dans le rectum par une épaisseur de parties molles relativement considérable, et que l'extrémité de l'instrument s'éloigne plutôt qu'elle ne se rapproche de la paroi rectale.

Je soupçonnai de suite l'existence d'une lésion osseuse. Quoi qu'il me fût impossible d'insinuer la sonde plus profondément, ni de sentir une surface osseuse dénudée, indépendamment de la longue durée de la maladie et de l'abondance de la suppuration qui devaient faire supposer quelque altération du squelette, je constatai que la région correspondante au pubis et à la branche descendante du côté droit était douloureuse à la pression. Enfin, en cherchant à me rendre compte de la cause de l'incontinence à l'aide du cathétérisme, je reconnus que la contractilité de la vessie était intacte et que l'incontinence devait être due à quelque action mécanique sur le col de la vessie.

On prescrivit pendant quelque temps des injections avec la teinture d'iode, puis avec la teinture de Villate, et, bien que ces injections fussent conduites aussi profondément que possible à l'aide d'une sonde introduite dans le trajet fistuleux, elles n'amenèrent aucun résultat satisfaisant.

Pénétré de la conviction qu'il existait une lésion osseuse je renouvelai les explorations, si bien que je fus assez heureux pour insinuer un jour la sonde plus profondément que d'habitude et en suivant un trajet légèrement concave en avant de 8 à 9 cm. de longueur, j'arrivai à sentir une surface osseuse dénudée, rugueuse qui semblait correspondre à la face postérieure du pubis droit; je crus même percevoir une certaine mobilité.

Dans le but de rendre le trajet plus direct et de faciliter les explorations, voire même l'extraction d'un séquestre, on introduit pendant quelques jours des tiges de laminaria. Quoique l'on ait obtenu une légère dilatation, il fut encore impossible de s'assurer nettement de la mobilité d'un séquestre et d'ailleurs les tentatives d'extraction avaient déterminé de vives douleurs accompagnées de fièvre.

L'état général était assez mauvais ; les fonctions digestives se faisaient mal ; l'enfant maigrissait et il me sembla dangereux d'insister à ce moment sur l'emploi des moyens chirurgicaux.

Sur mon conseil l'enfant fut envoyé au bord de la mer, et après un séjour de 3 mois, du mois d'août au mois d'octobre, il revint en parfaite santé, mais son état local était toujours le même. Je ne fus appelé à l'examiner de nouveau que vers la fin du mois de novembre et cette exploration amena la découverte d'un fait extrêmement important :

La sonde ayant été introduite jusqu'au point osseux dénudé et tandis que je cherchais la mobilité en poussant l'instrument de bas en haut, je sentis manifestement avec la main y appliquée sur la région du pubis des mouvements de soulèvement communiqués par la sonde. Les mouvements quoique très profonds étaient manifestes et furent constatés par mon ami le Dr Lapra, médecin de la famille.

D'après ce symptôme je déclarai qu'il existait un séquestre mobile et qu'en raison de la difficulté de l'extraire par le trajet long et sinueux qui venait s'ouvrir à l'anus, il était parfaitement indiqué de se créer une voie plus

directe en mettant à nu le pubis. Ce procédé avait du reste l'avantage de permettre dans le cas où le pubis serait malade d'en pratiquer l'évidement ou même de faire une résection partielle.

L'opération que je proposai fut acceptée non sans peine et pratiquée seulement le 9 décembre 1871.

L'enfant étant chloroformé et la sonde introduite par la fistule et poussée jusqu'à la portion osseuse dénudée, une incision de 3 cm, est pratiquée suivant le bord supérieur du pubis jusque vers la symphyse, puis une deuxième incision d'égale longueur partant de l'extrémité interne de la première est conduite le long de la branche descendante du pubis, de manière à circonscrire un lambeau triangulaire permettant de mettre largement à nu le pubis. Après la division de la peau et du tissu cellulograisseux très abondant, j'arrive sur la face antérieure du pubis et je sens de plus en plus distinctement l'extrémité de la sonde qui ne me paraît plus séparée du doigt que par une mince épaisseur de parties molles. Je dénude l'os à ce niveau et le bec de la sonde apparaît à l'extérieur traversant un orifice arrondi dont les bords sont épaissis.

J'élargis un peu cette ouverture avec une gouge et je puis alors introduire le petit doigt dans une cavité assez spacieuse et sentir un séquestre entièrement isolé que je saisis avec une pince et que j'extrais assez facilement. Une nouvelle exploration me fait découvrir plus profondément un second séquestre également isolé et mobile dont l'extraction est faite avec plus de difficulté en m'aidant de la sonde cannelée et en la poussant de bas en haut.

En examinant avec soin l'intérieur de la cavité qui ren-

fermait ces séquestres, nous nous assurons qu'il ne reste plus aucun corps étranger, que le pubis est parfaitement sain quoique manifestement augmenté d'épaisseur.

Un tube à drainage est introduit dans toute la longueur du trajet et ses extrémités nouées à l'extérieur. Je réunis ensuite la plaie par quelques points de suture de manière à en diminuer l'étendue.

Les deux séquestres qui ont été extraits et qui présentent entre eux la plus grande ressemblance sont oblongs et mesurent 3 c/m. environ dans leur grand diamètre et 1 c/m. 1/2 dans leur petit diamètre : ils sont extrêmement irréguliers et poreux.

Les résultats de l'opération furent des plus satisfaisants. La suppuration diminua très rapidement sous l'influence d'injections quotidiennes à travers le tube à drainage. Au bout de trois semaines la quantité de pus était si peu considérable que je crus pouvoir enlever le tube.

Quelques jours après la fistule anale était complètement obstruée et ne fournissait plus une goutte de pus. La plaie de la région pelvienne notablement rétrécie suppurait encore, mais en petite quantité. Elle ne fut entièrement cicatrisée que dans les premiers jours du mois de mars 1872.

Déjà l'enfant se levait depuis plus d'un mois et l'on avait constaté qu'il ne perdait plus que rarement ses urines. Cet accident cessa de se produire au moment où la cicatrisation fut complète.

J'ai revu le malade plus de six semaines après l'opération ; il jouit d'une excellente santé, il se livre sans peine à tous les jeux de son âge et il n'a jamais ressenti aucune atteinte de son incontinence d'urine.

## OBSERVATION VI.

TERRILLON. — *Semaine médicale.* — 13 mars 1884.

Cette femme a aujourd'hui 27 ans, mais c'est à l'âge de 13 ou 14 ans qu'elle a ressenti les premières atteintes du mal qui l'amène aujourd'hui dans nos salles. Vers cette époque elle tomba sur la région du bassin, mais le traumatisme fut assez léger puisque à l'heure actuelle elle ne peut spécifier exactement le point contus. Trois mois après elle vit survenir vers la racine de la cuisse droite une petite bosse indolente qui devint fluctuante et s'ouvrit spontanément donnant lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de pus. L'abcès s'est transformé en une fistule qui a persisté pendant de longs mois et finalement s'est guéri de lui-même.

Au bout de quelque temps, à la suite d'une fatigue, cette fistule se rouvrit de nouveau et il s'en forma une semblable par le même mécanisme du côté de l'aîne gauche.

Sur ces entrefaites elle se maria et eut des enfants. Les fistules continuaient à ne déterminer aucun accident grave, se rouvrant et se fermant de temps à autre, mais sans jamais guérir d'une façon définitive.

Depuis quelque temps et à partir du début d'une seconde grossesse qui suit son cours à l'heure actuelle les accidents parurent s'aggraver ; elle éprouva des douleurs assez vives vers la partie postérieure de la racine de la cuisse droite. Un nouvel abcès se produisit à ce niveau et comme les précédents se termina par la formation d'une

fistule. Celle qui siégeait à gauche, guérie à ce moment, s'ouvrit en même temps.

Un stylet introduit dans ces fistules pénètre très profondément, mais il ne peut arriver sur une surface osseuse dénudée. La palpation de la région voisine de ces fistules décèle un empâtement et la même douleur lorsqu'on presse la paroi latérale du même côté. Mais ce n'est pas tout. Si la pression exercée continue pendant un certain temps elle donne lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de pus par la fistule nouvellement fermée. Le toucher rectal ne détermine aucun phénomène analogue.

La pression du doigt sur la paroi latérale gauche du vagin ne décèle tout d'abord rien de particulier. Cependant si on insiste, il semble qu'une pression assez forte détermine également une douleur au niveau du pubis de ce même côté. Ces différentes particularités révèlent à n'en pas douter que cette malade est atteinte d'une lésion du bassin, probablement de sa partie pubienne. On peut même ajouter que le pus formé au niveau des points malades s'est formé au travers des parties molles du trajet assez long et qu'il est venu se faire jour assez loin de son point de départ.

## OBSERVATION VII

LANCE. — *Revue d'orthopédie* 1901 page 385.

Alphonse de Pl. âgé de 9 ans, entre le 30 mai 1900 au Sanatorium Bouville, de Berck.

On constate, lors de son entrée, la présence d'une fis-

tule siégeant au-dessous du pli fessier droit. Par cette fistule s'écoule du pus en abondance. Toute la région profonde de la fesse est empâtée, infiltrée. La hanche paraît indemne, bien que la plupart de ses mouvements soient notablement limités.

La colonne vertébrale est saine.

On suppose une lésion tuberculeuse de l'ischion.

En raison de la suppuration très abondante on décide une intervention.

*8 juillet 1900.* — On pratique sur la fesse malade une large incision verticale passant par la fistule. On arrive ainsi sur l'ischion qui est détruit pour la plus grande partie et remplacé par plusieurs petits séquestres. En avant on constate avec le doigt que la branche ischio-pubienne est détruite en entier et que le corps du pubis est creusé d'une petite caverne.

On extrait encore trois séquestres peu volumineux en ce point. On curette toute l'excavation et on bourre la plaie à la gaze iodoformée. La vaste cavité opératoire se comble lentement. A la superficie les parties molles continuent à être infiltrées, œdémateuses. Il se crée dans le tissu cellulaire sous-cutané des trajets fongueux qui entretiennent une suppuration.

*20 novembre.* — Nouvelle intervention. On incise largement et on curette tous les décollements de la fesse. On constate que la lésion osseuse est complètement réparée. Trois semaines après, la vaste plaie opératoire est complètement cicatrisée.

## OBSERVATION VIII

LANCE. — *Revue d'orthopédie* 1901, page 465

Ga, fille, 7 ans. Entre en mai 1900 à l'Hôpital Maritime avec une coxalgie gauche fistuleuse. La fistule siège à la partie antérieure de la cuisse en dedans des vaisseaux.

Le 22 octobre 1900 on pratique l'incision du trajet; la curette ramène successivement quatre séquestres peu volumineux. On tombe enfin sur une caverne occupant le corps du pubis et la partie extérieure de sa branche horizontale.

Cette caverne s'ouvre dans l'articulation par un orifice qu'on élargit. La tête fémorale est en place et semble peu altérée. On ne la résèque pas; on se contente d'évider l'os malade et de tamponner.

## OBSERVATION IX.

Recueillie dans le service de M. le Dr ESTOR. — THÈSE DE VEYRUNE

Eugène C..., âgé de 7 ans, entre le 5 février 1897 à l'hôpital.

*Antécédents héréditaires.* Mère très bien portante, père, charretier, très robuste; quatre frères très bien portants, un autre mort en bas âge de diarrhée infantile.

*Antécédents personnels.* Rougeole à 3 ans.

En octobre 1894, il s'est formé à la partie la plus interne du

pli de l'aine droite un abcès qui s'est ouvert spontanément. L'enfant est entré à l'hôpital le 2 février 1895. Le 10 du même mois on a largement incisé l'abcès et cureté un point osseux placé sur la branche horizontale du pubis.

L'enfant est sorti guéri. Mais en février 1896, un an après, l'abcès s'est reformé. L'enfant a été ramené à l'hôpital et sous l'influence de pansements antiseptiques l'abcès s'est refermé.

*Etat actuel.* Il y a deux jours l'abcès qui s'était reproduit s'est spontanément ouvert. Il existe à la partie interne du pli de l'aine droit, au milieu d'une ligne cicatricielle produite par la première opération, un bourgeon fongueux arrondi d'un centimètre de diamètre. En introduisant le stylet dans le point fistuleux placé au centre du bourgeon on arrive sur la branche horizontale du pubis. L'os n'est pas dénudé. Il s'agit évidemment d'une périostite tuberculeuse.

L'articulation coxo-fémorale et tout le squelette paraissent sains. L'enfant urine bien et va bien à la selle. Son état général est bon.

Les grandes fonctions s'accomplissent à peu près normalement.

11 février. On injecte 10 c/m. cubes d'éther iodoformé dans le trajet.

10 juillet 1902, J'ai vu la mère de l'enfant qui nous a appris qu'après une quinzaine de jours l'abcès s'est refermé. Actuellement l'enfant va très bien, ne tousse pas, a bon appétit.

## OBSERVATION X

(Mémoire de M. le Dr MÉNARD, sur la tuberculose du pubis.

— *Congrès de chirurgie* 1902).

*Tuberculose du pubis gauche. — Fistule dans le pli génitocrural. — Ablation d'un séquestre. — Guérison.*

S..., âgée de 9 ans 1/2 vient à Berck au commencement de juillet 1902 pour passer quelque temps au bord de la mer.

Elle a été examinée par deux médecins au moins à Paris. Le diagnostic de coxalgie a été posé, puis confirmé. La malade arrive couchée dans une gouttière de Bonnet.

A un premier examen je constate la présence d'une fistule sur le pli génitocrural du côté gauche. La suppuration semble n'être pas très abondante.

La hanche a conservé ses mouvements dans une très large étendue. L'extension est à peu près complète, la flexion peut atteindre 90°, l'adduction est facile, de même la rotation. Seule l'abduction est limitée et on ne peut la forcer sans douleur, ce que fait comprendre le siège de la fistule en dedans.

Les mouvements conservés se font sans douleur et avec la plus grande facilité et dans une grande étendue. Il s'agit d'abord de mouvements passifs imprimés pour l'exploration. Mais la malade elle-même fait des mouvements de la cuisse du côté malade presque aussi étendus que du côté sain sans difficulté et sans douleur.

Il est à noter que la fistule s'est établie il y a environ trois mois.

La pression n'est nullement douloureuse sur la tête

fémorale de la hanche gauche. Aucun empâtement de la région.

Il ne s'agit évidemment pas d'une coxalgie fistuleuse. La fistule du pli génitocrural a une autre origine que la hanche.

La colonne lombaire paraît indemne.

La pression sur la branche ischio pubienne est sensible, douloureuse même, surtout en haut vers le pubis et au niveau de cet os lui-même.

Nous en concluons que la fistule a pour origine probable le pubis gauche.

Une sonde cannelée introduite dans le trajet se dirige en effet vers le pubis, mais ne parvient pas sur une dénudation osseuse.

Je demande à intervenir pour chercher l'origine osseuse sans doute de la fistule, origine qui ne peut être articulaire, ce qui m'est accordé.

Opération le 30 juillet 1902.

L'incision du trajet sur une sonde cannelée conduit vers le corps du pubis gauche.

On trouve et l'on enlève d'abord de tout petits séquestres, puis plus haut, un troisième séquestre représentant la plus grande partie du corps du pubis. Ce dernier est libre de tous les côtés dans une caverne fongueuse, sauf sur sa face antérieure par laquelle il adhère encore à la paroi périostique.

Cette adhérence peu étendue et peu solide est détruite et la masse osseuse enlevée, puis on régularise la caverne.

En arrière sa paroi est résistante, mais seulement fibreuse, sans tissu osseux.

En dedans on sent immédiatement la symphyse : le doigt

explorateur n'en est séparé que par une paroi fibrocartilagineuse résistante.

La paroi antérieure, minée de haut en bas, est formée elle aussi de parties molles. Cependant le périoste est doublé d'une mince couche d'hyperostose.

En dehors et en bas les surfaces osseuses curettées, ruginées, semblent saines.

La plaie laissée béante sans suture est remplie de gaze iodoformée.

Aucune complication postopératoire.

La plaie pansée tous les cinq ou six jours se rétrécit au cours des deuxième et troisième semaines.

Un détail de processus de cicatrisation retarde la guérison définitive.

Le bord interne de la plaie répondant en bas à la grande lèvre se rétracte rapidement vers le fond de la cavité qui se trouve ainsi comblée. La surface osseuse est entièrement recouverte. Du côté de la cuisse le bord externe de la plaie ne suit pas le même mouvement de rétraction. Il reste là une surface cruentée qui se rétrécit lentement. Cependant ce n'est qu'un retard sans importance, la guérison ne fait aucun doute.

La hanche était saine, l'enfant marchera dès que la cicatrisation sera terminée.

## OBSERVATION XI

(Mémoire de M. le Dr MÉNARD sur la tuberculose du pubis. —  
*Congrès de chirurgie 1902*).

*Tuberculose du pubis gauche. — Fistule abdominale et fistule juxta-anale. — Extraction d'un séquestre columineux. — Guérison.*

R. Eugénie âgée de 12 ans 1/2 arrive à l'Hôpital Maritime le 9 juillet 1902. Elle montre sur sa paroi abdominale, près de la ligne médiane, à une dizaine de centimètres au-dessus de la symphyse pubienne une fistule donnant issue à une suppuration abondante.

Cette fistule occupe l'extrémité inférieure d'une cicatrice opératoire verticale d'une longueur de 4 centimètres environ.

Sur le côté droit de la région anale est ouverte une autre fistule placée, elle aussi, à l'extrémité d'une cicatrice opératoire. De ce côté il est difficile d'apprécier l'abondance de la suppuration : les pansements doivent être fréquemment renouvelés.

La malade a été opérée à Paris dans le service de M. Nélaton. Nous ne pouvons recueillir que ce renseignement.

La région pubienne paraît légèrement tuméfiée ; le côté gauche de cette région est peu saillant. La pression sur le même point à gauche de la symphyse est douloureuse.

Quelques jours après l'arrivée de la malade à Berck, la fistule abdominale est explorée avec la sonde cannelée. L'instrument se dirige en bas et à gauche et touche une surface osseuse dénudée.

Opération le 8 août 1902.

Une incision allant de la fistule abdominale vers le pubis gauche en suivant la direction de la sonde cannelée introduite dans le trajet, découvre de suite un séquestre situé à gauche de la symphyse pubienne.

Ce séquestre est enlevé. Sa loge se prolonge en bas, en arrière et à droite.

La sonde cannelée suit plus bas un trajet étroit et parvient aisément à la fistule anale.

La fistule abdominale et la fistule anale avaient pour point de départ commun la caverne à séquestre du pubis gauche.

Le séquestre représente la plus grande partie du corps du pubis, toute la portion immédiatement voisine de la symphyse.

A l'aide de la curette et de la pince-gouge on agrandit en avant et en dehors l'orifice de la caverne placée en haut. L'incision est elle-même élargie jusque vers le pli génitocrural.

On se rend compte que la paroi de la loge du séquestre est constituée en avant par une épaisse membrane fibreuse doublée d'une lamelle osseuse : périoste épaissi et hyperostose.

En arrière elle est plus mince et cependant elle est aussi partiellement osseuse.

La surface des branches horizontale et verticale est avivée avec la curette et on trouve de suite un tissu osseux d'aspect sain, après régularisation de la surface. Au cours de cette partie de l'opération on voit qu'une mince lamelle osseuse sépare la caverne du trou obturateur : presque tout le corps du pubis a été détruit.

Le séquestre est allongé, sa surface rugueuse est d'une manière générale régulière, sans épines, sans arrêtes dentelées, sa forme est massive : caractères habituels des séquestres tuberculeux.

La plaie est laissée largement ouverte, sans aucune suture et remplie de gaze iodoformée.

Les suites opératoires sont simples. Le pansement est renouvelé chaque semaine.

Le 14 octobre, la plaie est rétrécie aux dimensions d'une fistule et la suppuration réduite à une tache étroite sur le pansement.

## OBSERVATION XII

(Mémoire de M. le Dr MÉNARD sur la tuberculose du pubis.

*Congrès de chirurgie 1902).*

*Tuberculose de la face postérieure du corps du pubis. —  
Extraction d'un séquestre blanc. — Guérison*

N..., garçon de 12 ans, envoyé par le Dr L..., arrive à Berck au commencement de juillet 1897.

Il est considéré comme atteint de coxalgie. La cuisse en adduction ne peut être portée en dehors. Un abcès siège dans le pli génitocrural.

La flexion et l'extension de la cuisse sont libres dans presque toute leur étendue. Aucune douleur, aucun gonflement soit en avant, soit en dehors, soit en arrière de la hanche.

Il ne s'agit manifestement pas d'une coxalgie compliquée d'abcès. L'origine de l'abcès est ailleurs que dans la hanche.

La colonne lombaire est saine. L'ischion paraît pouvoir être incriminé, d'autant que le gonflement se prolonge dans la direction de cet os. On ne peut le démontrer. Même incertitude en ce qui concerne la branche ischio-pubienne et le pubis. Le fémur semble être hors de cause. Le toucher rectal ne révèle rien du côté du sacrum, ni sur aucun point de la cavité pelvienne.

L'origine en un mot sera cherchée au cours de l'intervention pratiquée pour l'abcès lui-même déjà rouge et prêt à s'ouvrir.

Au commencement d'août l'abcès est incisé, sa cavité curettée, la recherche de la lame osseuse dirigée d'abord en bas vers l'ischion avec insistance reste sans résultat.

Après une assez longue hésitation on découvre à la partie supérieure de l'abcès un trajet qui monte au devant du pubis.

En allongeant l'incision on conduit la sonde cannelée jusqu'au bord supérieur du pubis sans découvrir aucune dénudation. A ce niveau le trajet se dévie d'avant en arrière vers la cavité pelvienne.

La sonde cannelée en le suivant dans cette direction finit par descendre en arrière de l'os. A ce moment seulement sa pointe découvre une surface dénudée ou mieux tombe dans une caverne du pubis ouverte en arrière de son bord supérieur.

Cette cavité contient un séquestre qui est enlevé. On détruit la paroi antérieure de la caverne de manière à la

confondre avec la plaie des parties molles. Je ne fais aucune suture, la plaie est bourrée de gaze iodoformée.

Le séquestre enlevé a la forme d'une lamelle mince, irrégulière de 2 centimètres de largeur environ. Complètement isolé, il est formé de tissu blanc exsangue. C'est un séquestre d'infiltration tuberculeuse.

Il est enveloppé de caséum et non de fongosités tuberculeuses.

Les suites opératoires sont simples. Au bout de six semaines la cavité est réduite à un trajet étroit que l'on peut à peine remplir de gaze, mais elle reste profonde. Plus tard elle se transforme en une fistulette qui persiste jusqu'en avril 1895, soit huit ou neuf mois.

Finalement la guérison est obtenue et reste définitive. La section d'une partie des adducteurs nécessitée par l'ouverture de l'abcès et la poursuite du trajet n'a laissé aucun trouble. La hanche n'a été à aucun moment touchée. Après la guérison le malade ne conserve aucune claudication.

### OBSERVATION XIII

(Mémoire de M. le Dr MÉNARD sur la tuberculose du pubis.  
— *Congrès de chirurgie* 1902).

#### *Tuberculose de la branche ischio-pubienne droite.*

Desm. âgé de 13 ans est placé au commencement de 1897 en traitement dans le sanatorium des Enfants Assistés de Berck-sur-Mer.

Il est envoyé comme atteint de coxalgie et de fait la région de la hanche est tuméfiée comme dans la coxalgie grave. Dans le triangle de Scarpa deux fistules bourgeonnantes suppurent abondamment. En arrière de la région fessière s'ouvrent trois autres fistules. La cuisse est fléchie à angle droit. Toute manœuvre sur la région est douloureuse. On se rallie au diagnostic de coxalgie et une intervention est décidée un peu plus tard.

Deux orifices fistuleux antéro-externes sont réunis et on arrive sur la capsule coxofémorale qui offre un aspect normal. Un doute survient cependant. On incise la capsule et on constate l'intégrité de la hanche. L'erreur reconnue, on réunit avec soin la capsule incisée et les parties molles voisines : puis allant à la poursuite du trajet fistuleux on est conduit après une recherche assez laborieuse sur la branche ischio-pubienne transformée en séquestre. Une contre-ouverture en dedans de la cuisse permet d'extraire le séquestre blanchâtre infiltré de matières vasculaires et fongueuses à l'une de ses extrémités. Ensuite on pratique le curettage de la cavité tuberculeuse. La plaie, laissée ouverte, est drainée et remplie de gaze iodoformée.

#### OBSERVATION XIV

Mémoire de M. le D<sup>r</sup> MÉNARD sur la tuberculose du pubis.

— *Congrès de chirurgie* 1902).

##### *Tuberculose du corps du pubis et de la branche ischio-pubienne du côté droit.*

Lucie D..., âgée de 10 ans 1/2 entre à l'Hôpital Maritime en septembre 1900. Elle porte au niveau de la pointe du

triangle de Scarpa, un peu en dedans des vaisseaux fémoraux, une fistule qui suppure abondamment. Un abcès, imparfaitement drainé par cette ouverture, occupe toute la partie interne de la racine de la cuisse droite.

La hanche ne peut être mise en cause comme origine de l'abcès. Les mouvements, sauf l'abduction, sont conservés dans leur étendue à peu près normale. La colonne lombaire est saine. La portion supérieure du fémur ne semble pas altérée. On pense à une lésion osseuse possible du pubis ou de la branche ischio-pubienne.

Le 30 novembre 1900, on incise la fistule et l'abcès; on curette le vaste abcès sous-cutané. A la partie supérieure on trouve un trajet fistuleux étroit cheminant dans l'interstice du pectiné et du moyen adducteur. Ce trajet sous-aponévrotique remonte jusqu'à la branche horizontale du pubis. Là une sonde cannelée est conduite en dedans et en bas et pénètre dans le corps du pubis.

On constate que la plus grande partie de la branche ischio-pubienne est détruite. Pour découvrir le foyer dans toute son étendue on doit détruire l'insertion des adducteurs. La caverne osseuse est régularisée à la pince-gouge. Elle ne contient pas de séquestre. En plus de ces lésions principales on trouve des décollements secondaires.

L'un plonge entre le pectiné et les adducteurs et conduit à la face postérieure de la cuisse. On y trouve un petit séquestre venu du foyer pubien, car en ce point on ne trouve pas d'os malade. Un deuxième décollement siège à la racine de la cuisse. Il est sous-cutané et parti de l'extrémité inférieure du foyer osseux il chemine parallèlement à la grande lèvre. Lui aussi contient un séquestre plus volumineux que le précédent.

Pansement à la gaze sans aucune suture. Les suites de la plaie sont simples. Au mois de mars 1901, l'enfant paraît guérie. On la fait marcher. Mais la fistule se reproduit avec une suppuration abondante. Le 5 août 1901 la fistule est élargie. La malade est guérie définitivement.

## OBSERVATION XV

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Docteur MÉNARD  
à l'Hôpital Maritime de Berck.

*Ostéite du corps du pubis et de la branche descendante.  
— Fistules multiples dans toute la région supérieure  
de la cuisse. — Suppuration abondante. — Cachexie. —  
Extraction opératoire des séquestres. — Amélioration  
marquée.*

L... Georges 12 ans 1/2 entré à l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, le 12 août 1904.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère bien portants.  
Une sœur morte de la coqueluche, une autre bien portante.

*Antécédents personnels.* — Pas de maladies antérieures.  
Début des accidents actuels en juillet 1903.

L'enfant boite légèrement et va consulter à l'Hôpital Hérold. Il ne semble pas qu'un diagnostic ferme ait été posé à cette époque.

Une grosseur apparaît bientôt à la face interne de la cuisse gauche dans la région des adducteurs. Vers le mois de janvier 1904 des douleurs se font sentir dans la fesse et la station assise n'est plus possible que sur des coussins très épais.

Une radiographie faite par M. Infroit, à la Salpêtrière montre l'existence d'un foyer d'ostéite au niveau du pubis gauche près de la symphyse.

L'enfant entre à l'Hôpital Hérold dans le service de M. Villemin. Il existe à cette époque trois abcès : l'un dans les adducteurs, l'autre fessier, le troisième dans la fosse iliaque. Ils sont d'abord traités par ponction, mais la fièvre s'allume, se maintient à 39 ou 40° et l'enfant dépérit.

Sous anesthésie l'abcès des adducteurs est largement ouvert sans que l'état semble s'améliorer. Une intervention plus importante est décidée.

M. Villemin incise les abcès et passe deux drains allant, l'un de la fosse iliaque à la région des adducteurs, l'autre de la fesse à la partie antérieure de la cuisse, un peu en avant du trochanter.

Un petit abcès ne tarde pas à se former au-dessous de l'extrémité antérieure de ce dernier drain et doit être incisé. Les pansements sont renouvelés tous les jours avec injection d'eau oxygénée : malgré cette intervention la fièvre persiste et l'enfant décline de plus en plus. Il arrive à Berek trois mois environ après cette dernière opération.

Le 12 août 1904, à son arrivée à l'Hôpital Maritime, l'enfant est cachectique, sa température atteint ou dépasse 39°. Il y a de l'albumine dans ses urines. Cinq fistules groupées autour de la hanche et suppurant abondamment

donnent l'aspect d'une coxalgie gauche fistuleuse. En l'absence de tout renseignement sur l'évolution antérieure des accidents, M. Ménard décide la résection de la hanche.

Le 26 septembre 1904, l'enfant est endormi; l'examen de la hanche dont les mouvements sont entièrement libres pendant le sommeil fait rejeter le diagnostic de coxalgie et penser à une lésion du bassin. M. Ménard curette les fistules existantes et replace deux drains dans les trajets déjà créés.

Une nouvelle radiographie, faite par M. Danguy, pharmacien à Berck, montre la lésion pubienne occupant la branche horizontale et la branche descendante du pubis. Devant la persistance de la fièvre une nouvelle intervention est décidée.

Le 20 février 1905 M. Ménard incise sur le pubis en dedans du cordon et arrive sur un foyer fongueux situé en dedans de la branche descendante du pubis. Deux gros séquestres longs, l'un de 2 cent. 1/2 l'autre de 2 cent., épais de 1 cent. ou un peu plus, sont extraits. La branche horizontale du pubis est entièrement détruite sur une longueur de 3 cent. environ, les séquestres représentent cette partie osseuse qui ne s'est pas reproduite. On bourre la plaie pubienne avec de la gaze iodoformée et on abandonne les autres fistules.

La fièvre tombe aussitôt et l'état général s'améliore beaucoup.

Le 25 mars 1905 un abcès périnéal apparu à gauche du raphé est incisé et M. Ménard passe un drain de cette incision à la plaie pubienne.

A la suite de cette intervention la suppuration diminue très sensiblement et l'enfant se remonte peu à peu.

Au mois d'octobre 1905 la fistule périnéale est fermée, les autres fistules suppurent encore légèrement, mais le gonflement de la région a presque entièrement disparu, les urines ne contiennent plus d'albumine et l'état général est excellent.

## OBSERVATION XVI

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Dr MÉNARD à l'Hôpital  
Maritime de Berk

*Coxalgie d'origine pubienne. — Résection de la hanche.  
— Drainage d'une caverne pubienne par la plaie articulaire — Suppuration abondante et persistante malgré une seconde intervention réalisant le drainage direct.*

Br.... Pauline, 9 ans 1/2, entre à l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer le 18 décembre 1903 avec le diagnostic de coxalgie gauche douloureuse, sous appareil plâtré.

Le diagnostic est confirmé après ablation de l'appareil et on applique l'extension continue.

Au mois d'août 1904 apparaît un abcès de la région des adducteurs.

Le 27 août l'abcès est ponctionné et ne donne issue qu'à quelques grumeaux mélangés de sang.

Le 21 octobre une seconde ponction est pratiquée et ne fait sortir qu'une petite quantité de pus verdâtre.

Le 17 janvier, injection modificatrice de thymol camphré.

Le 10 février on retire environ 60 grammes de pus verdâtre mélangé de sang.

Le 18 février l'abcès a fistulisé et le pus s'en écoule abondamment.

A ce moment la malade commence à avoir de la température.

Les jours suivants la fièvre augmente et le pus qui sort par la fistule répand une odeur fétide.

A l'examen de la région on trouve un empâtement de toute la racine de la cuisse et par la pression on sent une crépitation gazeuse qui remonte jusque dans la fosse iliaque interne, en même temps que par la fistule s'écoule un pus toujours fétide, grisâtre et mélangé de gaz.

La température atteint bientôt 39°.

Des injections d'eau oxygénée faites par le trajet fistuleux au moyen d'une seringue atténuent la fétidité.

La fièvre descend à 38°.

L'appétit de l'enfant qui était resté bon jusque-là tend à baisser et son état général décline, aussi décide-t-on d'intervenir.

M. Ménard pratique la résection de la hanche le 29 mars.

Le pubis transformé en caverne communique largement avec l'articulation. On enlève le séquestre contenu dans la cavité pubienne qui est curettée. Il existe un prolongement intrapelvien jusque vers le rectum. Bourrage à la gaze iodoformée.

Le 28 mai 1905 nouvelle intervention : on fait une nou-

velle ouverture au niveau du pli de l'aine répondant à la caverne pubienne, on la rejoint en arrière à la plaie externe et on bourre à la gaze iodoformée.

Malgré cette double opération la suppuration reste très abondante. L'état général de l'enfant s'altère et au mois d'octobre 1905 on la trouve très amaigrie, d'aspect cachectique et présentant de l'albumine dans ses urines.

## OBSERVATION XVII

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le D<sup>r</sup> MÉNARD à l'Hôpital Maritime de Berck.

*Coxalgie d'origine pubienne. — Résection de la hanche.  
— Drainage direct du foyer pubien. — Guérison.*

M... Marguerite, âgée de 5 ans 1/2 entre à l'Hôpital Maritime le 14 décembre 1904. L'enfant arrive de Paris avec le diagnostic de coxalgie droite. Un appareil plâtré descendant jusqu'au genou a été appliqué. La coxalgie ne paraît point douloureuse.

Le 22 décembre, ablation de l'appareil plâtré. La jambe est en bonne position. Peu ou point de douleur. Volumineux abcès inguinal situé sous les vaisseaux et faisant saillie en dedans d'eux.

Le 24 décembre l'abcès ponctionné donne issue à une grande quantité de pus jaune brun bien lié et semble se vider entièrement.

Le 8 janvier l'abcès est de nouveau ponctionné. Il est aussi volumineux que la première fois, mais le pus est brunâtre, peu abondant, mal lié, et contient de nombreuses fongosités. On injecte du thymol camphré.

Le 12 janvier la fièvre apparaît et se maintient entre 39 et 40°. Toute la partie supérieure de la cuisse est le siège d'une tuméfaction douloureuse, violacée, dure au toucher, et dans laquelle on ne trouve aucun point fluctuant. L'état de l'enfant reste stationnaire avec de la température et de l'induration des parties jusque vers le 25 janvier. A cette époque un petit point fluctuant apparaît dans la région des adducteurs et, avant qu'on ait pu le ponctionner, l'abcès fistulise. La fistule laisse couler en abondance un pus très liquide, gris sale, d'odeur fétide. Par la pression de la cuisse, même dans la région externe, on exagère l'écoulement du pus et l'on obtient dans toute la région et jusque dans la fosse iliaque interne une crépitation gazeuse en même temps que l'on provoque l'issue de gaz par la fistule.

Des injections d'eau oxygénée dans les trajets suppurants rendent le pus moins fétide et font disparaître les gaz, mais la fièvre se maintient aux environs de 39°.

L'état de l'enfant ne s'améliore nullement. Une résection de la hanche est décidée et pratiquée le 3 avril 1905.

A l'ouverture de la hanche on trouve les lésions osseuses suivantes : Il existe un séquestre dans l'Y cartilagineux et une caverne dans la branche horizontale du pubis s'ouvrant dans la cavité articulaire. C'est à cette lésion pubienne que conduit le trajet fistuleux des adducteurs. Il existe un décollement fongueux intrapelvien se dirigeant

derrière l'ischion vers le rectum. Une contre-incision au niveau du pubis permet le drainage direct du foyer osseux.

Les suites opératoires sont excellentes, les plaies se ferment progressivement et sont complètement cicatrisées à la fin de septembre 1905.

### OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Docteur MÉNARD à l'Hôpital Maritime de Berck.

*Tuberculose du pubis gauche. — Abscess des adducteurs et du triangle de Scarpa. — Fistules multiples. — Ouverture et drainage du foyer pubien. — Guérison.*

R. Robert, âgé de 11 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 12 mai 1905.

L'affection a débuté lentement au mois d'octobre 1904 par de la douleur au niveau de l'aîne et une légère claudication de la jambe gauche. L'enfant alla consulter à l'Hôpital Bretonneau où on lui conseilla de faire de l'extension continue.

Ce traitement n'ayant pas donné de résultat, il fut reçu dans le service de M. Villemin le 19 janvier 1905. A ce moment on constatait l'existence de deux abcès, l'un dans les adducteurs, l'autre dans la région externe de la cuisse, faisant saillie en dehors des vaisseaux. Ces abcès furent

ouverts et drainés le 7 mars. On pratiqua trois incisions : l'une un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et deux autres au niveau des adducteurs, l'une à la partie antérieure de la cuisse, l'autre à sa partie postérieure.

Au moment de l'arrivée à l'Hôpital Maritime il reste au niveau de ces incisions des orifices fistuleux donnant naissance à une suppuration abondante. L'enfant est pâle et amaigri. Sa température oscille entre 38 et 39°.

La partie supérieure de la cuisse est tuméfiée et dans la fistule postérieure plonge un drain de 15 centimètres environ qui remonte vers l'articulation de la hanche. Les mouvements de l'articulation sont relativement libres sauf l'abduction. La colonne vertébrale est saine.

Une radiographie pratiquée le 20 mai 1905 par M. Danguy, pharmacien à Berck montre la transformation en séquestre de la partie inférieure de l'angle du pubis et de la branche ischio-pubienne.

Une intervention est décidée et pratiquée le 3 juillet 1905.

On pratique une incision horizontale un peu au-dessous du sillon génitocrural et on la prolonge à ses deux extrémités par deux incisions verticales dont l'une plonge dans la fesse tandis que l'autre située au-devant des adducteurs vient aboutir à la fistule antéro-inférieure. On détache ainsi un lambeau que l'on rabat vers le bas et qui découvre l'angle du pubis et la branche descendante. Toute cette région est séquestrée et transformée en cinq ou six petits fragments.

Les lésions s'étendent même à la branche ascendante de l'ischion.

Les séquestres sont enlevés et on bourre à la gaze iodoformée. A la suite de cette intervention l'état général se

remonte rapidement. Les fistules se ferment et le 19 octobre 1905 il ne persiste plus que la plaie interne presque entièrement cicatrisée, mais présentant encore une petite surface suppurante.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BARBRY. — De l'ostéomyélite pubienne des adolescents. *Thèse de Lille* 1903.
- BÉRARD. — Dictionnaire en trente volumes. Article bassin.
- BCECKEL. — Tableau des résections osseuses non articulaires et des évidements osseux. *Cazette médicale de Strasbourg* 1879.
- BOUCHARD. — Scrofulo-tuberculose des os. *Journal de médecine de Bordeaux* 1900.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1814, tome III, page 47.
- BUSCH. — Necrosis der Beckenknochen Günzburg Zeitschrift. Breslau 1857, tome III, page 433.
- CASTRO-SOFFIA. — Tuberculose des os. *Thèse de Paris*, 1884.
- CAZAL. — 84 cas de coxalgie. *Thèse de Montpellier* 1904.
- CHASSAGNAC. — Traité de la suppuration et du drainage chirurgical. 1861, vol II, page 664.
- CHAUVEL. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, *II<sup>e</sup> série*, article bassin.
- S. COOPER. — Dictionnaire pratique de médecine et de chirurgie, article bassin.
- DEMOULIN. — Ostéomyélite chronique d'emblée. Diagnostique avec les ostéo-sarcomes. *Thèse de Paris* 1888.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, tome II, p. 707, et tome VII, page 34.
- ETCHEPARE. — Des abcès ischiorectaux. *Thèse de Paris* 1893.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité de pathologie externe. Tome VI, page 346.
- GOULLIoud. — Des ostéites du bassin, au point de vue de la pathogénie et de leur traitement. *Thèse de Lyon*, 1883.

- O. HEYFELFER. — Traité des résections.
- KÖNIG. — Lehrbuch der speciellen Chirurgie 1881.
- LABEYRIE. — Tuberculose du pubis et de la symphyse pubienne. *Thèse de Paris* 1900.
- LANCE. — Etude sur la tuberculose juxtacoxale. *Revue d'orthopédie* 1901, pages 385 et 465.
- LANNELONGUE. — Abscess froids et tuberculose osseuse 1881. *Mémoires de la Société de chirurgie* 1878-1882.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire. Tome II, p. 603.
- MANNÉ. — Traité élémentaire des maladies des os, 1879.
- MAUCLAIRE. — Traité de Le Dentu et Delbet. Tome II. page 603.
- V. MÉNARD. — *Revue d'orthopédie*, 1<sup>er</sup> septembre 1895; De la tuberculose du pubis. *Congrès de chirurgie* 1902.
- NÉLATON. — Recherches sur l'affection tuberculeuse des os. *Thèse de Paris* 1836.
- OLLIER. — Traité des résections. Tome III, page 927. Traité de la régénération des os. Tome II.
- POZZI. — Phlegmons et fistules de l'espace pelvirectal supérieur. *Thèse de Paris* 1873.
- ROBERT. — Tuberculose du pubis. *Thèse de Bordeaux* 1903.
- SOPHRONIEFF. — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses du bassin. *Thèse de Montpellier* 1896.
- TERRILLON. — Des ostéites du bassin. *Semaine médicale* 13 mars 1884.
- VEYRUNE. — Contribution à l'étude de la tuberculose du pubis. *Thèse de Montpellier* 1902.
- WISARD. — Carie extra-articulaire des os du bassin. *Thèse de Genève* 1886.
- ZWICKE. — *Charité annalen*, 1882, tome XII, page 539.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                | Pages |
|------------------------------------------------|-------|
| CHAPITRE PREMIER. — Introduction. Historique.. | 7     |
| CHAPITRE II. — Anatomie normale.....           | 11    |
| CHAPITRE III. — Etiologie.....                 | 15    |
| CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.....      | 18    |
| CHAPITRE V. — Symptomatologie.....             | 29    |
| CHAPITRE VI. — Complications.....              | 46    |
| CHAPITRE VII. — Pronostic. Terminaison.....    | 57    |
| CHAPITRE VIII. — Diagnostic.....               | 61    |
| CHAPITRE IX. — Traitement.....                 | 74    |
| CHAPITRE X. — Conclusions.....                 | 80    |
| OBSERVATIONS.....                              | 83    |
| BIBLIOGRAPHIE.....                             | 119   |

